SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 14 y 19 minutos)

- Con la presencia de los señores Senadores miembros de la Comisión de Asuntos Laborales y Seguridad Social de la Cámara de Senadores damos la más cordial bienvenida a nuestros invitados y les agradecemos que hayan aceptado nuestra invitación a esta Jornada sobre Baremos, Comisiones Médicas, Subsidios Transitorios, Jubilaciones y Pensiones por Incapacidad.

Este es un tema sumamente importante que se le ha planteado a la Comisión de Asuntos Laborales y Seguridad Social de la Cámara de Senadores y por esa razón hemos entendido oportuno recibir las opiniones técnicas sobre un asunto que, indudablemente, está generando conflictos y dificultades en su aplicación práctica.

A lo largo del trabajo de la Comisión hemos visto que se han planteado algunas dificultades en relación con la forma de definir los niveles de incapacidad, problemas que también se reflejan en la práctica, tal como surge de una nota que hoy nos remitió la Confederación de Obreros y Funcionarios del Estado (COFE), de donde se desprende, por ejemplo, que hoy se están haciendo sumarios administrativos a funcionarios públicos por razones de salud e incapacidad. Muchas veces, los tribunales médicos de la Administración Pública dictaminan que hay una incapacidad permanente para el trabajo y los funcionarios terminan siendo cesados en su función. Luego, cuando concurren al Banco de Previsión Social la Junta Médica de esa Institución no los acepta porque entiende que esa incapacidad no es la adecuada o no es la que exigen sus normas para que se le pueda otorgar una jubilación por incapacidad.

Entonces, todos estos temas han motivado a la Comisión de Asuntos Laborales y Seguridad Social a realizar esta jornada técnica, en la que esperamos tener los elementos necesarios como para poder, eventualmente, presentar un proyecto de ley al Plenario del Senado con la finalidad de dar solución a un grave problema de carácter social que se nos ha planteado.

A continuación, cedemos el uso de la palabra a los representantes de la Comisión Intersectorial sobre Discapacidad, Reinserción Laboral y Seguridad Social (COMINT).

SEÑOR FERRARI.- Antes que nada, quisiéramos agradecer a los miembros de la Comisión que unánimemente entendió nuestra preocupación, que ya ha sido expresada anteriormente. Buscando en algunos archivos con el fin de hacer comentarios en el día de hoy, confirmamos que el 7 de junio de 1999 estuvimos en la Comisión de Asuntos Laborales y Seguridad Social del Senado por un estudio que habíamos elaborado con técnicos, con especialistas en medicina legal y con juristas acerca de las consecuencias que preveíamos y que hoy trataremos de evaluar en esta Jornada.

Por estos motivos nos parece muy importante poder participar y, de alguna forma, auspiciar esto, que es parte de la Seguridad Social y que debe ser analizado y estudiado entre todos los involucrados, comprometidos todos en la política de Estado, para poder encontrar caminos que solucionen las dificultades que tenemos planteadas.

Queremos dividir nuestra exposición en dos partes. En primer lugar, hará uso de la palabra la doctora Marta Varela, quien nos dará una apoyatura técnica de comentarios para analizar los Decretos Nos. 381 y 382 que tienen que ver con Baremos y Comisiones Médicas. Luego, daremos nuestra opinión y nuestra visión social, al tiempo que haremos algunas propuestas concretas para que puedan ser consideradas.

SEÑORA VARELA.- En mi calidad de abogada y asesora en estos temas de la Comisión Intersectorial sobre Discapacidad, Reinserción Laboral y Seguridad Social, quisiera comenzar por recordar que existen en el país los Decretos Nos. 381 y 382 del año 1998. El primero de ellos refiere a la tabla de valoración para medir incapacidades, llamada Baremos. Su ámbito de aplicación comprende todas las actividades amparadas por el Banco de Previsión Social. Por tanto, está vinculado a los artículos 19 a 22 de la Ley No. 16.713, que alude a jubilaciones por incapacidad, subsidios transitorios y parciales y pensiones por invalidez.

El segundo Decreto establece el procedimiento para determinar la incapacidad. Es decir que esta tabla de valoración marca a cada función corporal un porcentaje mínimo y máximo de capacidad funcional. Establece niveles que consideramos elevados: un 50% para una incapacidad transitoria parcial por tres años y un 66% para una definitiva permanente para toda tarea.

Consideramos que estos niveles deben ser bajados a , por lo menos, un 30% o 33% para una afección leve, porque de lo contrario las personas hasta llegar a un 50% quedan desprotegidas por la Seguridad Social. Estamos hablando, en general, de quienes tienen grandes posibilidades de rehabilitación y de poder así conseguir su reinserción laboral que, de otra manera, es imposible. Del 50% al 66% obtendrían una transitoria por tres años.

¿Qué proponemos? Tres niveles. Uno para los leves, otro para los moderados y un tercero para los severos, o sea, con una incapacidad definitiva, de modo de que no queden desprotegidos.

También se tienen en cuenta los factores de ponderación o complementarios: edad, nivel educacional y carga psicofísica de tarea habitual. Los porcentajes de estas ponderaciones son realmente bajos porque, en la mayoría de los casos, son parte de la incapacidad y la agravan, ya que no es lo mismo el menoscabo de dos dedos de una mano en una persona cuya tarea habitual es tocar la guitarra que en quien canta.

Asimismo, hay que tener en cuenta el aspecto trabajo al evaluar la incapacidad, por todo lo que tiene que ver con la inserción laboral.

Estos Baremos cuantifican el daño. Pensamos -es una postura que entendemos muy importante- que en función del menoscabo de la incapacidad hay que otorgar un porcentaje económico, ya que el costo de vida de una persona con discapacidad es muy alto.

Con respecto a otro decreto referido a la determinación de la incapacidad, tenemos varias observaciones que hacer. Por ejemplo, en su artículo 6º se habla, con relación a la citación al afiliado, de que cuando se considere necesario, se podrán solicitar estudios complementarios. Entendemos que estos estudios deberían ser pedidos por cualquiera de las partes que estén relacionadas estrictamente con la incapacidad que se pretende determinar, a efectos de emitir un diagnóstico más objetivo.

El literal D) del artículo 7º requiere ampliar su contenido, a fin de ilustrar mejor al intérprete de la norma. Donde dice "si la incapacidad se refuta permanente para todo trabajo o para el empleo o profesión habitual", consideramos que se debería agregar lo siguiente: "que se deberá ponderar sobremanera la edad del trabajador, el tipo de actividad y la posibilidad de reubicación laboral." Es fundamental para el interesado que pueda acceder al dictamen final de las comisiones técnicas, con la mayor información respaldante posible.

Por su parte, en el artículo 8º se hace referencia a la vista de 10 días hábiles para el interesado. Pensamos que debe agregarse que ese plazo debe contarse a partir de la última notificación, puesto que aquí se notifica al afiliado, a la empresa aseguradora y a la administradora.

Nos parece que es muy laxo que en el artículo 9º se utilice la expresión "doctores en medicina". En tal sentido, sugerimos cambiarla por "médicos especialistas en el tema y/o relacionados a la afección a determinar".

Por otro lado, no se comparte la integración de las comisiones técnicas con dos miembros del Banco de Previsión Social y dos de las aseguradoras. Creemos que deberían estar integradas por un quinto miembro designado por la Universidad de la República y avalado por las organizaciones de discapacitados más representativas.

Además, las comisiones técnicas, con su representación de las aseguradoras, intervienen en actividades que son amparadas, pura y exclusivamente, por el Banco de Previsión Social.

El inciso final del artículo 14 establece que pueden existir modificaciones al dictamen primario del Banco de Previsión Social. Entendemos que, de llevarse a cabo tales modificaciones, su apartamiento debe ser debidamente fundado.

Con respecto a que las comisiones médicas podrán expedirse en función de la minoría, pensamos que si se conforman con cinco miembros, deberían tomar resolución, por lo menos, a través de una mayoría simple.

SEÑOR FERRARI.- Queremos hacer algún comentario más sobre lo que ya adelantaba la doctora Varela, concretamente, en cuanto a las consecuencias de la aplicación, de hace casi dos años, de los dos decretos a que se hacía mención. Pero no lo queremos ver aislado de lo que ocurre a partir del 1º de abril de 1996 en nuestro país en lo que refiere a la entrada en vigencia de la Ley Nº 16.713 que reforma, a nuestro juicio, de manera sustancial y regresiva, las prestaciones en el Banco de Previsión Social, sobre todo, las de actividades. Pensamos que es así, fundamentalmente, porque establece una serie de rigideces que hace mucho más difícil obtener una prestación. No se puede separar el hecho de tener derecho a una prestación, un subsidio transitorio o una jubilación definitiva por invalidez, de que en la Ley Nº 16.713 para tener ese derecho se debe haber aportado los últimos seis meses. Además, si la persona es menor de 25 años, debe tener registrado dos años de trabajo. Nadie, en el mundo actual -hay que tener en cuenta que más del 14% de la población económica activa no tiene trabajo- está librado de pasar cinco, seis o siete meses sin encontrar trabajo. Cuando lo consigue, si no pasaron seis meses y le deviene, producto de un accidente o de una enfermedad, una discapacidad, no va a tener derecho a recibir una prestación.

Creo que este es un tema preocupante. Además, no hay prestaciones porque tienen relación, desde nuestro punto de vista irracional, con los porcentajes. Se nos puede decir que sistemas de prestaciones de otros países -muchas veces se toma como ejemplo Europa o Estados Unidos- son parecidos y tienen un porcentaje del entorno del 66%. Sin embargo, en ninguno de esos países existe la rigidez que hay en el nuestro, porque si no se llegó a los sesenta años de edad y treinta y cinco años de trabajo, la persona no tiene derecho a jubilarse. Somos muy críticos del sistema chileno, pero en él una persona puede tener derecho a una prestación con veinte años de trabajo, mientras que en el Uruguay se necesitan treinta y cinco años. Quiere decir que si alguien no logró obtener un subsidio transitorio o una jubilación por invalidez, no va a poder obtener una jubilación común si no tiene sesenta años de edad y treinta y cinco años de servicio.

También nos inquieta el hecho de que al trabajador se le otorga un subsidio transitorio por tres años, lo que significa una modificación porque antes se otorgaba una jubilación por cinco años. Ahora estamos hablando de un subsidio contemplado como otra de las prestaciones de actividad, cuando hay suspensión del contrato laboral, mientras que acá, para tener acceso a esa prestación, existe ruptura del contrato laboral Quiere decir que primero el trabajador tiene que romper el vínculo con la empresa -para ser claros, pierde el trabajo- y entra en el subsidio transitorio. Este es considerado como una prestación de actividad y aporta como tal. Sin embargo, en ese período que necesitaría para rehabilitarse y reconvertirse para conseguir otro trabajo, no tiene más derecho a la cuota mutual.

Quisiera hacer el siguiente comentario. El 1º de setiembre de 1999 se solicitó, por parte del Directorio, ante el hecho de que había opiniones jurídicas mayoritarias en el sentido de que tenían derecho a la cuota mutual y otras minoritarias que afirmaban que no lo tenían, la opinión del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Hoy, 5 de abril de 2001 aún seguimos esperando la respuesta de esa Cartera sobre el tema. Creemos que es un aspecto que reviste urgencia. Las proyecciones de los costos que ha hecho la propia Asesoría Económica y Actuarial del Banco de Previsión Social son muy bajos. Se habla de U$S 4:000.000 por año y en una proyección muy larga que tiene en cuenta cómo viene evolucionando la aplicación de este nuevo sistema en nuestro país.

Por otro lado, junto con los Baremos y otros aspectos, existen resoluciones y disposiciones que creemos deberían corregirse sobre las cuales a veces no es necesario legislar, como en este caso. Me refiero a que para tener derecho a una pensión por invalidez, el ingreso del núcleo familiar no puede sobrepasar los tres salarios mínimos, salvo que la invalidez sea severa.

El actual Directorio se ha planteado este tema, pero no ha habido voluntad para solucionarlo. Esperemos que el futuro Directorio que va a asumir en pocos días modifique esos topes, ya que tiene las potestades para hacerlo. Creemos que no deben fijarse más esos tres salarios mínimos, al igual que en el caso de la incapacidad severa donde los topes no se tienen en cuenta.

¡Miren ustedes qué injusticia! Un productor rural, dueño de medio departamento -podemos citar el caso de Flores, que es el más pequeño- tiene un hijo discapacitado severo y por eso cobra pensión, pero en ese mismo latifundio trabaja un peón rural que tiene un hijo con discapacidad que no es severa y no cobra pensión. Creemos que se debe tomar en cuenta el contexto social en que se dan las prestaciones.

No queremos abundar en las cifras, porque a veces los números se manejan de acuerdo a las distintas visiones que podamos tener y ello puede ser subjetivo. Sin embargo, decimos que esto es producto de la reforma de la seguridad social porque a partir de 1996 es mucho más difícil poder jubilarse. A las personas mayores de cuarenta años se les alejó el horizonte para llegar a la jubilación y peor es el caso de las mujeres porque antes se jubilaban a los 55 años de edad y 30 años de actividad, y ahora podrán hacerlo a los 60 años y 35 años, respectivamente. A vía de ejemplo, un trabajador de Paycueros -de la ciudad de Paysandú- se quedó sin empleo con 32 años en la actividad y 58 años de edad. Cuando llegue a los 60 años, si no consiguió trabajo no se va a poder jubilar. Va a ser muy difícil en Paysandú y en todo el Uruguay que una persona de 58 años consiga trabajo que no sea informal, y más aún si trabajó treinta y dos años en la misma industria, donde fue obrero curtidor toda su vida.

Entonces, creemos que por este sistema más rígido y con más trabas han aumentado las solicitudes de pensiones, pero a la vez caen las altas. Entre 1996 y 2000, hubo un 25% menos de altas en este sector. De este porcentaje no sabemos cuántas personas fueron a Prestaciones y le dijeron "como usted no tiene aportado los últimos seis meses" o "tiene veinticuatro años de actividad, pero no tiene registrados los dos últimos años", "no tiene derecho". Muchas de estas personas no concurren luego al área de la salud para ver si tienen derecho o si llegan a los porcentajes respectivos.

La doctora que me antecedió en el uso de la palabra, se refirió a la importancia de los porcentajes de Baremos, que para nosotros son muy altos. Por ejemplo, para tener un subsidio transitorio hay que tener un 50% de discapacidad, pero eso no alcanza a cualquier trabajador ciudadano, ni siquiera teniendo un 55%. En ese sentido, la representación de trabajadores en el Banco de Previsión Social hace unos días culminó una investigación, a través de un contrato realizado con la O.I.T y la Fundación Fesur en el Uruguay, donde se expresa que el 41% de la población económicamente activa trabaja en forma informal, por lo que, aunque tengan el 66% de discapacidad, no tienen derecho a ninguna de las prestaciones porque están en el mundo de la informalidad. Quiere decir que no tienen derecho a la seguridad social, aspecto que es muy preocupante.

Como se explicaba hace un momento, no hay que ver aislado del contexto social el tema de las ponderaciones. A este respecto se puso el ejemplo de un trabajador manual y un músico sobre las dificultades que se generan a cada uno de ellos. A pesar de que el Baremos mide igual la discapacidad, las ponderaciones deben modificarse y tenemos que acentuar ese aspecto.

Por otra parte las diferentes instituciones miden distinto los Baremos para brindar las prestaciones. Nos referimos, por ejemplo, a las Intendencias Municipales, al Banco de Previsión Social o las distintas Juntas Médicas. Por ejemplo, el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, declaró como incapacitado a un trabajador no presupuestado, contratado por el Comando de las Fuerzas Armadas que prestaba funciones en el Dique Nacional. Como trabajador contratado en la función pública, fue destituido a través de un decreto firmado por el Presidente de la República -que aquí lo tenemos- y que dice que se lo destituye por la causal de ineptitud física total, permanente y definitiva. Sin embargo, el Banco de Previsión Social considera que este trabajador no llega a los Baremos necesarios y, por lo tanto, no tiene derecho a prestación alguna. Por lo tanto, este señor, en la actualidad, es un desocupado destituido por razones psicofísicas y, sin embargo, no cuenta con ninguna prestación del Banco de Previsión Social. Queremos destacar que tenemos cerca de treinta casos iguales en la Oficina Nacional del Servicio Civil, que se los ha destituido por ineptitud y, sin embargo, no tienen prestación. Creemos que este es un problema muy grave que sucede tanto en la actividad privada, porque se quedan sin trabajo cuando se les acaba el subsidio transitorio, como en la actividad del Estado.

Dentro de las propuestas que planteamos para tener en cuenta, en primer lugar debemos mencionar nuestra disposición a participar en comisiones que se creen para tratar estos temas, con nuestros técnicos y con todas nuestras fuerzas. En ese sentido, creemos que la participación de las organizaciones de discapacitados es muy importante y así lo creyó el Parlamento cuando se dictaron las Leyes Nº 15.800 y Nº 16.095, que se refieren a este tema.

Además, creemos que es necesario crear programas de rehabilitación y capacitación ya que los que existen son muy escasos.

Por otra parte, los trabajadores a través de la Junta Nacional de Empleo consensuamos un proyecto que hoy es un programa para preparar gente con discapacidad para que se integre al mercado de trabajo. Nos sentimos satisfechos por lo que se ha logrado. Si bien en números, es muy poco, entendemos que es posible hacerlo cuando hay comprensión y voluntad. En particular, los trabajadores hemos puesto nuestro esfuerzo y también nuestros aportes ya que la Junta desde hace pocos años funciona con aportes de los trabajadores, de las empresas y muy poco del Estado, prácticamente nada, porque en este Parlamento en ocasión de la consideración de la Ley de Presupuesto, se discutió una cosa y, sin embargo, en el Diario Oficial, la partida destinada a la Junta Nacional de Empleo que se publicó, es distinta de la que consta en la página de Internet .

Asimismo, creemos que es necesario bajar el 50% y flexibilizar mucho más el 66%, fundamentalmente para las pensiones de invalidez. Cabe destacar que en las discapacidades psiquiátricas sucede muchas veces que no se llega a esos porcentajes.

Reafirmamos lo que decía la doctora Varela en cuanto a que las Comisiones médicas deben cambiar su número y tener participación externa de un quinto miembro. De alguna forma, vemos con preocupación el cuello de botella que se forma en las comisiones médicas. Antes se hacían giras médicas pero ahora está todo centralizado en Montevideo y hay una comisión médica que atiende a decenas de avaladores que dan informes y son los que tienen que resolver.

Creemos que es importante que el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social encuentre la forma de recuperar el derecho de la cuota mutual, tanto para el subsidio transitorio como para los jubilados por discapacidad. Se decía que la Ley Nº 16.713 era muy buena porque a través de ella los jubilados iban a tener derecho a la cuota mutual. Pero no recuerdo la ley que la modificó y, por suerte, ahora hay cerca de cincuenta mil jubilados que gozan de ese beneficio, y si fuera por la Ley Nº 16.713. Pero si una persona se jubila por discapacidad y gana más de $ 2.700, debe pagarse la mutualista.

Por último, creemos que la seguridad social es un derecho humano y, por lo tanto, cada uno de los ciudadanos tiene que estar protegido frente a cualquier eventualidad. En ese sentido, es necesaria la continuidad de la protección y no puede haber una interrupción cuando la persona se debe retirar por incapacidad, ya sea porque el Banco de Previsión Social considera que no llegó

al Baremo o porque tiene una discapacidad del 55% o del 57% y, como no alcanza al 66%, no tiene derecho a una jubilación definitiva. Como todos sabemos, el hecho de buscar trabajo en este mercado es muy difícil y más aún cuando se tiene un problema de este tipo.

Dejamos planteada nuestra propuesta deseando comenzar a transitar este camino, tal como lo dijimos en la legislatura pasada con respecto a otros temas de discapacidad que luego se transformaron en ley, como por ejemplo el de pensión, invalidez y trabajo, que lo hacen compatible.

Muchas gracias por prestarnos su tiempo.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Mesa agradece al señor Ferrari y a la doctora Varela el informe muy valioso que han hecho en nombre de la Comisión Intersectorial sobre Discapacidad, Reinserción Laboral y Seguridad Social.

Quiero aclarar, sobre un punto que analizó el señor Ferrari que en un ámbito de la Comisión Nacional del Servicio Civil, a partir del año 1998 se adoptó el criterio que cuando algún organismo del Estado solicita la destitución de un funcionario público presupuestado o contratado, por razones de ineptitud, dadas estas dificultades y diferencias de criterio que existen entre la Junta Médica del Ministerio de Salud Pública o de los Organismos del Estado y la del Banco de Previsión Social, resolvimos, en un criterio que está siguiendo la Comisión, que antes de dictaminar se solicitara la opinión de la Junta Médica del Banco de Previsión Social. De esta manera, nos parecía que el Poder Ejecutivo o los Organismos del Estado tendrán una información más veraz sobre el grado de incapacidad de la persona. Esto, sobre todo, para que en el momento de tomar la decisión sobre la destitución, se sepa, según los criterios del Banco de Previsión Social, si la persona tiene o no la incapacidad requerida para obtener la jubilación.

Le damos la palabra al representante del Banco de Previsión Social, señor Mautone, Gerente del Area de Medicina Laboral.

SEÑOR MAUTONE.- "Complejidad del Tema.-

La complejidad que ofrece el poder cuantificar el daño corporal y todas y cada una de sus repercusiones, viene determinada por una serie de factores de los cuales algunos permiten establecer criterios objetivos, mientras que otros dependen de conceptos empíricos por lo cual es muy difícil unificar criterios y de ahí la imprescindible necesidad de su normatización para intentar mejorar el sistema.

Stephen W,Hawking, principal astrofísico mundial, el que relacionó la teoría cuántica con la de la relatividad para crear una teoría unificada y explicar el enigma de los agujeros negros, presenta una importante enfermedad neurológica que lo mantiene en sillas de ruedas sin poder movilizar los brazos, se encuentra imposibilitado de hablar y se comunica con el mundo exterior a través de un procesador. Tiene un déficit físico severísimo pero intacta su capacidad de ganancia. El Presidente Francklin Delano Rooselvelt tenía una paraplejia a causa de una poliomelitis, con un 70% de incapacidad. Sin embargo, desempeñaba sus funciones sin dificultad. Beethoveen era sordo, contando con un 55% de incapacidad, mientras que Van Gogh tenía el 70% de incapacidad. A nadie se le ocurrió retirar a uno de la Presidencia, a otro del piano y al último, del caballete.

Yendo a casos más sencillos, una persona con artrosis de cadera que viva a media cuadra de su trabajo está capacitado para hacerlo, pero se muda y tiene que tomar dos ómnibus. Por el solo hecho de mudarse y mantener su mismo estado de enfermedad, está incapacitado de trabajar en su profesión habitual. Por eso, cada caso particular es discutible en forma interminable. En algunos países, como en Argentina, el 80% del trabajo médico está destinado a fundamentar los reclamos presentados contra la seguridad social. Por eso el camino no es la discusión sino el perfeccionamiento de la normativa. Técnicamente, esto es debido a que el déficit, según la Organización Mundial de la Salud, es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función sicológica, fisiológica o anatómica, pero es una tarea específicamente médica. La discapacidad es toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Acá ya entran a tallar dos factores: las aptitudes y las exigencias del puesto de trabajo. Para hacer una determinación de este tipo, se requieren conocimientos médicos, jurídicos, sociológicos, de antropología cultural, del mercado de trabajo, del índice de desempleo y de la voluntad del periciado, todo lo cual hace dificultoso el tema dada la dinámica del proceso y las distintas ópticas de cómo enfocar el problema. De ahí las divergencias entre distintos peritos y por lo tanto, la necesidad imperiosa de la normatización para trabajar sobre algo concreto.

A continuación, daremos una definición de Baremo. El Baremo es una recopilación de normativas para hacer más seguro un trabajo. Hay Baremos para determinar ingresos y ascensos en las áreas de recursos humanos de las empresas modernas. El Baremo para la valoración del grado de invalidez es la normativa para determinar los grados de las incapacidades laborales. En nuestro país, el Baremo fue aprobado el 24 de diciembre de 1998.

Para conocer un problema en profundidad es necesario acudir a los orígenes del mismo, es decir, a sus antecedentes históricos. Sin ello no se pueden conocer todas las dimensiones del tema y por lo tanto, acceder a su justa crítica, temas de postura y emisión de posibles conclusiones.

El primer Baremo de incapacidades conocido es un documento incompleto conocido como las Tablas de Nipjur y data del año 2500 Antes de Cristo. Estamos cumpliendo 4500 años del primer Baremo. El primer tratado completo figura en el Código de Hammurabi del año 1700 Antes de Cristo y se trata de una piedra negra de diorita de 2,25 metros de alto, 60 cm. de base y que en su fase superior tiene una alegoría donde está el Rey Hammurabi inclinado ante el Dios de la Sabiduría. Está escrita en caracteres cuneiformes y en sus artículos del 192 al 214 trata de indemnizaciones ante golpes y heridas. Actualmente dicha piedra se encuentra en el Museo del Louvre. Desde esa época se han usado diversos Baremos, incluso los filibusteros del caribe, a través de la Hermandad de la Costa, tenían un Baremo muy completo donde figuraba, entre otros, la pérdida de un ojo, indemnizado por 100 escudos o un esclavo, y la pérdida de la mano derecha se indemnizaba con 200 escudos o dos esclavos. Era un régimen parecido al de la seguridad social pero no solidario.

En la actualidad, tienen Baremos la inmensa mayoría de los países con desarrollo avanzado de las ciencias médicas, siendo Francia el país que más ha estudiado el tema y conceptualmente avanzado hacia los que serán los Baremos del Siglo XXI, a través de los trabajos de Louis Melennec.

Los Baremos, como todas las actividades humanas, tienen debilidades y fortalezas. Tienen inconvenientes porque es difícil encasillar matemáticamente lo que son hechos biológicos con su amplia gama de variabilidad y se hace dificultoso el estudio de cada caso particular. Eso se obvió con el concepto de Baremo humanizado, que es la determinación de un puntaje por factores complementarios, como ser edad, nivel de instrucción y tipo de tareas habituales que personifica el peritaje. En nuestro país, esos factores pueden llegar hasta el 15%, siendo de los más altos en la legislación comparada.

La fortaleza del Baremo es que en un tema tan complejo es imprescindible una normativa para guiar y unificar criterios. Un buen Baremo es aquél que trata de personificar en el más alto grado -factores complementarios- y que la mayoría de los casos caen dentro del 80% central de la curva de Gauss y los extremos estén contemplados como en el caso del Baremo uruguayo, que con una argumentación fundada se puede determinar la incapacidad aunque el porcentaje no alcance.

Ahora haremos mención a la legislación comparada. El Baremo uruguayo exige un 50% para la determinación de la incapacidad para su tarea y un 66% para una incapacidad para toda tarea. Es conveniente comparar estas cifras con distintos países. Bélgica exige el 66.66%, Alemania el 50% y el 100%, Francia el 66.66% y el 100%, Grecia el 50% y el 67%, Italia el 66% y el 100%, Canadá el 100%, Luxemburgo el 100%, Austria el 50%, Portugal el 66%, España el 33.33%, Turquía el 66%, Estados Unidos el 100%, Dinamarca tiene un régimen entre 50% y 66% y otro entre 67% y 99%, mientras que en los Países Bajos hay distintas categorías: A) 25% al 35%, B) 35% al 45%, C) 45% al 55%, D) 55% al 65%, E) 65% al 80% y F) 80% al 100%. Es así que el grupo A) recibe el 21% del monto básico, el B) el 28%, el C) el 35%, el D) el 42%, el E) el 50.75% y el F) el 70%.

Deseamos hacer ahora una evaluación del Baremo uruguayo a los 23 meses de implantado. Cuando se realizó el Baremo uruguayo se intentó plasmar en una normativa la tradición de 50 años en la materia, considerándose para una prueba de tal magnitud, inédita en nuestro país, como aceptable una desviación en más o en menos del 80%. Sabiéndose -y esto es lo más importante- que el Baremo es sólo un instrumento, una herramienta para valorar la complejidad de las incapacidades laborales. No es un instrumento para solucionar temáticas socioeconómicas que no competen al aspecto técnico con que fue abordado el tema. A dos años de su implementación -el 25 de mayo de 1999- la evaluación es altamente positiva, ya que con respecto a las jubilaciones, en el año 1998 fueron negadas 17.07%, en 1999 16.73% y en 2000 el 14.33%. Con respecto a las pensiones, debemos decir que en 1998 fueron negadas en un 41.54 %; en 1999 -año de vigencia del Baremo- se negaron en un porcentaje que ascendió al 42.58 %; en el 2000 se negó un 45.88 %.

Es de destacar que en países como el nuestro, donde no existen fenómenos naturales como terremotos, maremotos, ni guerras, las generaciones de incapacidades son constantes en números absolutos y el aumento considerable de solicitudes no tiene una causa médica. De ahí surge el aumento en números absolutos de los negados, sobre todo en pensiones, probablemente por el pasaje del trabajo formal al informal.

Lo importante del tema es la actualización y el perfeccionamiento del sistema a través del aporte de todos los que tienen experiencia en la temática y un plazo razonable para ello son los dos años, por lo cual el Banco de Previsión Social está encarando el perfeccionamiento del Baremo.

También cabe señalar que las puntuaciones del Baremo y la reglamentación del 50% para la incapacidad en su tarea y el 66% para todo trabajo, a pesar de ser elementos independientes, son factores que actúan como un sistema. Por esta razón, técnicamente es imposible decir que el 66% es mucho o es poco, porque si la puntuación del Baremo por una paraplejia fuese del 30 %, aquel porcentaje sería altísimo y si, por ejemplo, la puntuación de la pérdida del dedo pulgar se ubicara en el 70%, el 66% sería bajísimo. Es por eso que al considerar las dos variables todos los países dejan fija la norma legal exigida para la incapacidad y modifican periódicamente el puntaje que acredita el Baremo.

SEÑOR FERRARI.- El Departamento de Peritajes Médicos del Area de Medicina Laboral es el encargado de administrar el otorgamiento de las jubilaciones y pensiones por incapacidad.

Desde sus inicios la medicina uruguaya se basó en la escuela francesa a la que no sólo continuó, sino que le hizo enormes aportes. La misma se basaba en el interrogatorio y el examen del paciente, el cual era de tanta importancia que muchos de nosotros recordamos a nuestros profesores rompiendo exámenes porque no coincidían con el cuadro clínico. En los últimos años se ha dado un cambio hacia la escuela americana en virtud de la alta tecnología que ella ha impuesto. Los médicos que contamos con 55 años y más somos seguidores de la escuela francesa, mientras que aquellos que tienen 45 años y menos lo son de la americana. Es por esa causa que en nuestro servicio tenemos médicos de las dos escuelas.

En el área laboral, hasta 1997, hubo una tradición oral de la enseñanza de la medicina laboral. Luego de la Ley Nº 16.713, que modifica las prestaciones de la Seguridad Social e introduce nuevos actores al escenario, se hizo necesario pasar de la tradición oral a las normas escritas. Por esta razón, en los cuatro primeros meses de 1997, dos médicos del Banco de Previsión Social: la doctora Alda Villalba de Rocca y el doctor Raúl Ferrari Lauro, junto al doctor Domingo Perona, que representaba a las aseguradoras, con el asesoramiento de un consultor nacional, el doctor Jorge Mautone Frugone y un consultor extranjero, el doctor Gabriel del Río Artigas, confeccionaron el BAREMO. Precisamente, Baremo significa escala de medición para valorar una prueba. En este caso se ha utilizado en medicina para valorar incapacidades.

Asimismo, se confeccionó una serie de capítulos de un Baremo que está relacionado con las patologías más frecuentes en las solicitudes de jubilaciones y pensiones por invalidez. Todos los capítulos están divididos en cinco o seis secciones a saber: 1) Introducción. Como la palabra lo dice, no sólo introduce al tema sino que proporciona la metodología para evaluar los impedimentos en cada tema y establece las condiciones para poder evaluar esos impedimentos. Por ejemplo, los tiempos de tratamiento. 2) Consideraciones generales. Se establecen cuáles son los órganos a examinar y el tipo de discapacidad que se va a tratar. 3) Procedimientos de evaluación. Aquí se tratan todos para ver cómo debe estudiarse una determinada patología, desde la anamnesis y el examen clínico hasta los análisis a solicitar para la valoración. No es necesario solicitar todos los exámenes que se explicitan, sino sólo aquellos que son necesarios para determinar la incapacidad en cada caso particular. 4) Principales afecciones que producen menoscabo. Se citan en cada capítulo las principales afecciones que producen una disminución del rendimiento laboral de cada persona, sin que ello signifique que sean las únicas. 5) Valoración del menoscabo. En la mayoría de las patologías se divide en cinco clases: la primera que va de 0% a 15% de incapacidad y tiene que ver con una patología que corresponde a una enfermedad en sus etapas incipientes; la segunda va de 16% a 30% y corresponde a una enfermedad leve; la tercera clase abarca una incapacidad de entre 31% y 50%, y corresponde a una enfermedad de grado moderado; la cuarta, se extiende entre 51% y

70% y se corresponde con una enfermedad de grado severo; la quinta clase va entre 71% y 100% de incapacidad y corresponde a una enfermedad en etapa secuelar. 6) En algunos capítulos se ha establecido un anexo técnico que contiene aclaraciones desde el punto de vista de la forma de examinar, del examen físico o de los exámenes complementarios a valorar.

Debemos destacar que al ser difícil llevar a una expresión numérica hechos biológicos, se introdujeron factores complementarios que hacen que el Baremo que utilizamos se denomine Baremo humanizado. Hay diversos factores que se tienen en cuenta para las jubilaciones. Uno de ellos es la edad, ya que a mayor edad es muy difícil la recuperación y también conseguir un nuevo empleo. Se otorga un porcentaje de incapacidad de un 2% para quienes se encuentren entre los 41 y los 50 años; de un 3% para quienes estén entre 51 y 55 años y de un 5% para aquellos que tengan más de 56 años.

Otro factor es la instrucción, porque se tiene en cuenta que a menor instrucción es más difícil realizar un cambio de empleo y por esa causa también se otorga un porcentaje de acuerdo con la instrucción de cada persona, que va del 1% al 3%. Por último, se tiene en cuenta la tarea realizada, por la cual se otorga un porcentaje equivalente al 3% para aquellas tareas con baja carga psicofísica; un 5% para las tareas con mediana carga psicofísica y un 7% para las tareas con gran carga psicofísica.

En total, se otorga un máximo de 15% por estos factores complementarios.

En las pensiones también se otorga un máximo del 15%, pero los factores que se valoran son la instrucción -al igual que para las jubilaciones- y el medio socioeconómico al que se adjudica hasta un 12% como máximo.

Para realizar este trabajo se consultó alrededor de diez Baremos de países del Cono Sur, del resto de América y de Europa. La importancia médica de este ordenamiento radica en que por primera vez se utilizan elementos de las dos escuelas y lo que el médico halla en el interrogatorio y en el examen físico deberá ser corroborado por los exámenes de laboratorio, lo que otorga una mayor seguridad al peritaje.

Dejamos constancia de que sabemos que el Baremo no es perfecto, pero tenemos las herramientas para tratar de lograrlo mediante la actualización periódica, sabiendo que lo que intentamos es ser lo más justos posible.

SEÑOR STASI.- Vamos a referirnos al impedimento mental y entraremos un poco más en temas específicos.

La valoración del menoscabo que una enfermedad mental produce en la capacidad de trabajo será evaluada luego de que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas o después de un tiempo de ocurrido el o los episodios agudos. Esta valoración debe tener concordancia ente los síntomas clínicos y los estudios especializados según la afección, así como los informes de los médicos tratantes y de las instituciones de salud en que pudieran haber recibido asistencia.

Debemos aclarar que no solamente valoramos las patologías, sino también las anormalidades de personalidad, las reacciones vivenciales anormales con distinta repercusión en el área laboral según la personalidad del individuo. No dejando nunca de lado la edad, el nivel cultural, el tipo de tarea y el medio socio cultural en que se encuentra -pero siempre teniendo en cuenta que cada caso es particular y a pesar de que necesitamos clasificar las patologías de alguna forma- el individuo debe ser visto como un todo en el mundo en que vive.

La Ley Nº 16.095, en su artículo 2º, define el concepto de "discapacitado". Se considera discapacitado a toda persona que padezca una alteración funcional, permanente o prolongada, física o mental que, en relación a su edad y al medio social, implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

Las diferentes deficiencias que producen disminución de la capacidad pueden ser: físicas, sensoriales, psíquicas y de relación.

Las deficiencias físicas afectan a las personas que padecen problemas físicos tales como amputaciones, malformaciones, parálisis, pérdida de la movilidad y enfermedades crónicas que le impiden llevar una vida normal o que les obligue a utilizar determinadas ayudas técnicas.

Las deficiencias sensoriales afectan a personas con enfermedades o trastornos importantes de la visión, audición o lenguaje.

Las deficiencias psíquicas afectan a personas con enfermedades mentales o problemas serios de madurez y desarrollo en niños y jóvenes.

Por último, las deficiencias de relación afectan a aquellas personas que, debido a diferentes causas, presentan conductas que dificultan gravemente la convivencia.

Las personas pueden presentar una sola deficiencia o pueden estar incluidas a la vez dos o más de ellas.

Vamos a ocuparnos principalmente de los que tienen la capacidad disminuida por deficiencias psíquicas y de relación.

Teniendo en cuenta los discapacitados psíquicos, lo que más frecuentemente vemos son los retardos mentales. El retardo mental no es una entidad única que permita una definición de sus caracteres según el clásico modelo médico; es, en cambio, una entidad multifactorial con aspectos médicos, psicológicos, educacionales, legales y sociales.

Dentro de la complejidad del problema, hay definiciones suficientemente amplias, dejando de lado el problema de la etiología y la controversia de lo congénito versus lo adquirido, así como aspectos del curso y pronósticos de la entidad.

Podemos definir al retardo mental como un funcionamiento intelectual por debajo del nivel promedio, que se origina en el período del desarrollo y se asocia con impedimentos en la conducta de adaptación. Esta definición recalca los dos polos del problema: el funcionamiento intelectual por un lado, y la actitud social por otro. El funcionamiento intelectual estaría dado por el coeficiente intelectual, por la inteligencia. Entendemos por actitud social la maduración, el aprendizaje o el ajuste social, según se trate de preescolares, escolares, adolescentes o adultos.

De esto se desprende que el coeficiente intelectual tiene un valor limitado y que la evaluación de las posibilidades de las personas afectadas debe complementarse con un estudio de sus características individuales, como ser, su estructura psicopatológica y su ritmo de desarrollo, y también con una observación de la forma cómo se desempeña en su medio social, ya sea escuela, trabajo o comunidad.

La Organización Mundial de la Salud, en su Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de 1995 (C.I.E. - 10), clasifica los retardos mentales en los siguientes grados: débiles mentales leves, débiles mentales moderados, débiles mentales severos y débiles mentales profundos.

Los retardos leves tienen un coeficiente intelectual entre 50 y 69. Se agrega algunos otros elementos clínicos, como ser, que han cursado la escuela primaria, a veces secundaria, y pueden realizar tareas que impliquen ciertas exigencias intelectuales.

Los moderados, con un coeficiente intelectual de 35 a 49, leen y escriben, realizan operaciones aritméticas sencillas, conocen el dinero, pueden trabajar en tareas de escasa exigencia intelectual, no presentan incapacidad laboral, a no ser que asocien otras patologías psiquiátricas de mayor envergadura, y se benefician de una pedagogía especial. Es muy frecuente que los débiles mentales moderados asocien otro tipo de patologías, principalmente psiquiátricas. Entonces, aunque consideramos que los débiles mentales moderados no serían incapacitados, en el caso de asociar este tipo de patologías, pasarían a ser incapacitados.

Los débiles mentales severos, con un coeficiente intelectual de 20 a 34, no leen ni escriben, sólo firman, utilizan vocabulario simple, no realizan operaciones aritméticas sencillas, no conocen ni manejan el dinero y no se benefician desde el punto de vista pedagógico. Indudablemente, estos están incapacitados.

Los débiles mentales profundos, con un coeficiente intelectual menor a 20, no leen, no escriben, no adquieren lenguaje, sólo emiten sonidos guturales, no realizan operaciones aritméticas sencillas, no conocen ni manejan el dinero y atienden sus necesidades más elementales. Lógicamente, estos también son incapacitados.

En lo que nos es personal, es importante aclarar que estamos trabajando para proponer que luego de haberse puesto en práctica la ley, se realice un estudio más profundo para no quedarnos en una clasificación que hace difícil poder encasillar a una persona portadora de un retardo mental, dándole mayor importancia al impedimento en la conducta de adaptación, es decir, a la maduración, al aprendizaje, al ajuste social y a los trastornos de conducta, según se trate de preescolares, escolares, adolescentes o adultos.

Si nos referimos a los pacientes psicóticos, los crónicos son considerados incapacitados. Los más frecuentes son pacientes esquizofrénicos en sus distintas formas, en tanto enfermo mental, entrando en el grupo de los delirios, y son considerados como sujetos que por su alienación del mundo en el que viven, se les considera incapacitados, puesto que no son capaces de dirigirse a sí mismos o de administrar sus bienes, debido fundamentalmente a la pérdida de sus capacidades pragmáticas.

Estas diferentes formas de psicosis pueden evolucionar de distintas maneras. Algunas debutan con una psicosis delirante aguda, pero si son tratadas adecuadamente, no repiten el cuadro. Estas no presentan incapacidad total. Otros pacientes repiten el mismo cuadro en forma esporádica. Hay una tercera parte de ellos en que la afección se hace progresiva, sin remisiones, y pasan a la cronicidad, transformándose en psicóticos crónicos. Estas personas sí se encuentran incapacitadas para toda tarea.

Otros padecen el delirio paranoico -paranoia- que es un delirio poco frecuente, sistematizado, interpretativo y crónico que genera una incapacidad irreversible en su etapa avanzada, aunque en sus primeras etapas la persona no se encuentra incapacitada.

Por último, la parafrenia es un delirio polimorfo, megalomaníaco y fantástico que, con tratamiento, retrocede parcialmente. Las descompensaciones son cada vez más frecuentes, llegando a no tener intervalos lúcidos, con lo cual se cronifica. En esta última etapa, la persona se encuentra incapacitada totalmente.

Con esto, quise mostrar algunos aspectos referidos al impedimento mental. Indudablemente, se puede hacer un estudio más profundo y amplio, porque el asunto abarca muchísimos otros temas.

Además, mi intención fue traer al panel los aspectos que manejamos más frecuentemente en el Banco de Previsión Social.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la exposición efectuada por la delegación del Banco de Previsión Social, que nos ha ilustrado mucho sobre diversos criterios técnicos, ya sea jurídicos o médicos.

A continuación, corresponde darle la palabra a la delegación del Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR MAUVEZIN.- En primer lugar, deseo aclarar que me desempeño como Director de la División Jurídica y Notarial del Ministerio de Salud Pública. En esta ocasión, me acompañan la doctora Rosario Decia, que es Directora del Departamento de Sumarios y el doctor Alejandro Borche, Asesor del Departamento.

En segundo término, adelanto que vamos a abordar algunas dificultades prácticas que se han planteado con referencia a la ejecución de la normativa vigente y, tal vez, aportemos algún granito de arena en ese sentido.

Queremos señalar que compartimos totalmente la posición de los representantes del Banco de Previsión Social, en cuanto a que se hace necesario el perfeccionamiento de la normativa existente actualmente, sin descartar que la misma ha sido de mucha utilidad, ni dejando de lado los aspectos beneficiosos que dicha normativa ha presentado hasta el momento. Para ello, y en relación con los problemas que vamos a plantear, se hace necesario unificar los criterios, sobre todo, en cuanto a los distintos Baremos -es decir, a la evaluación de los mismos- y a las soluciones jurídicas posibles que derivarían de estos problemas prácticos. En este sentido, voy a ceder la palabra a la doctora Decia, que va a plantear, esencialmente, los problemas prácticos que se han presentado en relación con los sumarios por incapacidad. Posteriormente, el doctor Borche va a plantear algunas soluciones que nosotros vemos como posibles en cuanto a la unificación de criterios.

SEÑORA DECIA.- Específicamente, voy a plantear un caso que se ha dado en el área de investigación y sumarios del Ministerio de Salud Pública.

Se instruyó un sumario por ineptitud física a un funcionario, en el cual estaban dadas las condiciones, a nivel del Ministerio de Salud Pública, para destituirlo por dicha causal. Sabemos que en el artículo 12 de la Ley Nº 16.104, del 23 de enero de 1990, se establece que al funcionario público que en un período de 12 meses incurre en más de 60 inasistencias o en un período de 36 meses, en más de 120 inasistencias, justificadas o no, se le instruirá un sumario administrativo. En el inciso segundo de dicho artículo también se expresa que si del sumario practicado surgiere que el funcionario padece de ineptitud física o mental permanente, la autoridad competente lo suspenderá preventivamente procediendo, una vez terminado el sumario, a su destitución, previa venia del Senado cuando corresponda. La citada norma continúa diciendo que, una vez comprobada definitivamente la ineptitud física o mental permanente, con intervención y oportunidad de réplica del funcionario, el servicio que corresponda, sin perjuicio de la prosecución en los trámites sumariales, notificará al funcionario que deberá iniciar los trámites jubilatorios, haciéndole entrega en el mismo acto de un oficio dirigido al Banco de Previsión Social, en el que consta aquella comprobación. En realidad, no sigo leyendo el resto del artículo porque no nos sirve para esta situación concreta.

En este caso, el funcionario había sido visto por una junta médica del Ministerio de Salud Pública, la que había decretado su incapacidad física, permanente y definitiva para el desempeño de su cargo presupuestal. Cuando el jerarca le hizo entrega del oficio al funcionario -a nosotros nos llegó recientemente el expediente- para ser presentado ante el Banco de Previsión Social, parecería que esta Institución -su junta médica- no estaba de acuerdo con el dictamen del Departamento de Certificaciones Médicas de nuestro Ministerio. Reitero que el expediente llegó a nuestro Ministerio y fue puesto a consideración de la Sala de Abogados de la Oficina Nacional de Servicio Civil, la que elabora un análisis que expresa que, como resultado de las contradicciones existentes entre las opiniones de los organismos estatales intervinientes, el funcionario se encontraría en situación de ser destituido por incapacidad física, pero no de ampararse a los beneficios jubilatorios por la referida causal. También expresa que, a su juicio, la situación se encuadra en lo previsto por el artículo 313 de la Constitución de la República, en tanto se trata de una contienda de competencias fundada en la legislación, correspondiendo al Tribunal de lo Contencioso Administrativo determinar si es el Banco de Previsión Social o el Ministerio de Salud Pública, el organismo al que le corresponde decidir si se ha configurado o no la causal de destitución invocada. En conclusión, se sugiere al organismo consultante promover la acción judicial correspondiente.

Este expediente pasa a la Comisión Nacional de Servicio Civil y ésta, de acuerdo con la Asesoría, aconseja que no están dadas las condiciones para destituir al sumariado, sin perjuicio de lo cual la situación encuadraría dentro de lo establecido por el artículo 313 de la Constitución de la República, correspondiendo promover, por ende, ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo, la acción judicial, a fin de determinar el organismo competente para decidir si se ha configurado o no la causal de ineptitud. Además, aconseja que estas actuaciones vuelvan al Ministerio de Salud Pública.

Repito que se trata de un caso reciente, ya que el expediente nos llegó el 14 de marzo de este año, por lo que aún no lo tenemos resuelto. No obstante, se nos ha planteado una inquietud y me gustaría que el doctor Borche presentara algunas soluciones al respecto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera saber si se planteó la contienda de competencia.

SEÑORA DECIA.- El expediente se elevó a la parte contenciosa del Departamento Jurídico con el fin de que iniciara su estudio. Sin embargo, aún no hay respuesta porque se trata, reitero, de un expediente que llegó el 14 de marzo.

SEÑOR BORCHE.- Debo decir que una contienda de competencias ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo puede llevar, con facilidad, uno o dos años, de acuerdo al plazo que tenga dicho Tribunal para adoptar una decisión.

Coincidiendo con lo manifestado por los representantes del Banco de Previsión Social y por el Director del Departamento Jurídico, quisiera señalar que el problema radica en llegar a una unificación normativa, que se haría a través de la modificación del artículo 12 de la Ley Nº 16.104 y del artículo 2º del Decreto Nº 382/998, cuyo nombre es "Ambito temporal de aplicación", pero que también establece el ámbito subjetivo de aplicación.

La vieja discusión instalada en torno a este punto es si el Decreto Nº 382/98 como el anterior, en cuanto a la competencia del Banco de Previsión Social para determinar la incapacidad, se aplican al afiliado activo que solicita por sí mismo someterse al régimen de incapacidad o, también, a quienes lo hacen por el mecanismo establecido en el artículo 12 de la Ley Nº 16.104.

Entonces, una posibilidad es la reforma del ámbito subjetivo de aplicación del Decreto Nº 382/98, estableciéndose que también se aplica a los sometidos al régimen de incapacidad de acuerdo a lo previsto por el artículo 12 de la Ley Nº 16.104. Es decir que abarcaría a todos los funcionarios públicos y no sólo a los casos en los que entienden las Juntas Médicas del Ministerio de Salud Pública. Quedarían comprendidos, pues, aquellos en que entienden las Juntas Médicas de los Hospitales Policial y Militar.

Otra posibilidad sería reformar lo establecido por el artículo 12 de la Ley Nº 16.104, expresando claramente a quién corresponde determinar la existencia de la incapacidad.

Mientras no exista modificación de los dos criterios -sabemos que las reformas normativas llevan su tiempo- se podría llegar a soluciones conciliatorias, que sería interesante explorar. Por ejemplo, que los servicios del Banco de Previsión Social y el Departamento de Certificaciones Médicas del Ministerio lleguen a conceptos conciliatorios respecto a si aplicamos este Baremo o llegamos a otro acuerdo acerca de cuándo declarar la incapacidad.

Como podrán ver los señores Senadores, la situación es compleja, ya que hay un funcionario que ha sido declarado incapaz en forma permanente y definitiva al que se le está otorgando licencias médicas -eso va a seguir ocurriendo, por su propia incapacidad- pero que no podemos destituir.

En resumen, una posibilidad sería que ustedes lleguen a criterios conciliatorios en cuanto a la aplicación de este Baremo y que en caso de que, aun con los mismos criterios, se llegue a circunstancias distintas, opine un tercer miembro, que podría ser el docente de la cátedra de la Facultad de Medicina en la especialidad correspondiente.

Las soluciones no son muy imaginativas, pero son las que se nos han ocurrido frente a esta situación.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos a la delegación del Ministerio de Salud Pública por el planteo removedor que ha hecho.

En definitiva, creo que esta jornada está logrando sus frutos; al menos logramos juntar a dos delegaciones, la del Banco de Previsión Social y la del Ministerio de Salud Pública para que, por lo menos, empiecen a conversar sobre acuerdos en un tema en torno al que, sin ninguna duda, tienen que lograrse entendimientos y criterios comunes para determinar los grados de la incapacidad. Ahí ha estado, hasta ahora, el grave problema: mientras la Junta Médica del Ministerio de Salud Pública dictamina la incapacidad permanente de un funcionario, la del Banco de Previsión Social lo rechaza.

Corresponde conceder el uso de la palabra al doctor Puppo, que integra la delegación del Banco de Seguros del Estado.

SEÑOR PUPPO.- Soy médico legista del Departamento de Medicina Legal del Banco de Seguros del Estado.

Ante todo, quiero agradecer a esta Comisión parlamentaria organizadora de la presente jornada que nos haya honrado con esta invitación que nos permite, no sólo participar, sino también aprender mucho, como me ha venido sucediendo hasta ahora.

En segundo término, deseo dejar en claro que la compleja temática de este evento atañe a normas legales y prácticas periciales que se refieren al Banco de Previsión Social y a las aseguradoras privadas, que son comparables y se superponen, a veces, a las del Banco de Seguros del Estado, pero no son idénticas, por lo que nuestra exposición, de no estar precedida por esta aclaración, podría ser tomada como disonante con la materia en discusión. Por ello, sólo tendrá el alcance de constituir una aportación de una experiencia con ciertas similitudes a las que se abordarán.

En tercer lugar, es necesario dejar en claro que los temas que se tratarán en el día de hoy hacen referencia a una importantísima problemática social: la de los discapacitados y su relación con el trabajo. No es posible dejar al menos de mencionar que las personas discapacitadas constituyen un conjunto de personas con gran vulnerabilidad social y gran riesgo de marginación. En este sentido, las políticas sociales tendientes a la integración de los discapacitados en los ámbitos familiar, social, cultural y laboral, así como a la protección económica, a la prevención -en la que tanto enfatizan los médicos laboralistas en un momento en que los accidentes de tránsito abundan y son frecuentes los laborales- y el derecho que tienen los discapacitados a una prestación de salud y rehabilitación técnica permanentes. Este tema no puede escindirse de ninguna manera de los aspectos concretos que, por imperio de la especificidad de esta convocatoria, se tratarán en esta jornada: Baremos, comisiones técnicas, subsidios transitorios y pensiones por incapacidad. Quizás, con esta política se subsanarían, por ejemplo, algunos problemas como el que planteaba el señor Ferrari en cuanto a la desprotección sanitaria en que quedan las personas discapacitadas con afecciones que están por debajo del 50%.

Es decir que las vías de acceso pueden ser múltiples y, por lo tanto, si se dialoga en este plano, se puede llegar a mucho.

Recién luego de estas precisiones previas entraremos de reseñar el papel del Banco de Seguros del Estado en los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y sus secuelas.

Como es de dominio público, el Seguro de Accidentes de Trabajo y de las Enfermedades Profesionales es obligatorio, y también monopolio del Estado. Se rige por la Ley Nº 16.074, de 10 de octubre de 1989, y por la tabla de secuelas aprobada el 16 de junio de 1999. La particularidad de este seguro es que quien contrata la póliza es el patrono y el beneficiario, el obrero.

El Banco de Seguros del Estado se encarga, a través de su Central de Servicios Médicos -centro asistencial para traumatizados de altísimo nivel técnico- del tratamiento y de la rehabilitación de los pacientes que han sufrido un accidente de trabajo o una enfermedad profesional. El paciente puede egresar curado, con o sin secuelas. De ser dado de alta con secuelas, es valorado en el Servicio de Medicina Legal que asesora sobre la incapacidad laboral a la Gerencia de Rentas, que adjudicará, si lo comparte, una renta o, en caso contrario, podrá solicitar investigaciones laborales, juntas médicas ampliatorias, etcétera. Es un concepto pericial importante a destacar que los dictámenes no son vinculantes; simplemente asesoran a una autoridad, en este caso administrativa.

Sobre la valoración de la incapacidad debemos resaltar que constituye un acto pericial que se llama "valoración del daño a la persona", en la que no puede faltar un médico legista, que tiene la misma función de asesoría que el médico forense presta a los magistrados. Los médicos laboralistas, con formación en valoración en el daño personal, son igualmente idóneos para esta tarea.

Hay reglas de oro para la realización de las valoraciones del daño personal.

La primera de ellas es que los peritos dispongan de una historia clínica completa o, en caso contrario, que puedan solicitar las consultas con especialistas o los exámenes que sean necesarios para complementar el cuadro psicofísico del paciente. Sabemos que el Decreto Nº 382 de 1998 prevé esta contingencia.

La segunda regla de oro es que el perito debe estar adiestrado en el uso de Baremos o tablas médico legales de valoración. No son fáciles de aplicar y requieren todo un período de aprendizaje. La utilización de un Baremo constituye una capacitación en servicio; no se trata de que cualquier especialista venga a usarlo porque reitero que es difícil su manejo. Además, estamos hablando de una especialidad médica en la mayor parte del mundo, que se llama Master o Posgrado de Valoración del Daño Personal. En general, son médicos legistas y, en las menos de las veces son médicos laboralistas.

La tercera regla de oro parece obvia pero igualmente voy a señalarla porque me parece fundamental, y es la de examinar siempre al paciente, pues la historia clínica y los exámenes paraclínicos nunca sustituyen a la clínica. Además de examinarlo se debe identificarlo -como me acotaba el doctor Suárez, jerarca que tengo a mi lado- mediante la cédula de identidad.

La cuarta regla de oro es el dictamen del médico legal que, como ya dijimos no es vinculante.

He escuchado con mucha atención a los colegas del Banco de Previsión Social, quienes se refirieron al tema de los Baremos. Debo confesar que el doctor Mautone me ha robado el tema porque pensaba hablar hasta de la misma tabla de Nipjur, escrita en los caracteres cuneiformes propios del idioma de los humerios. De todas maneras, lo felicito porque lo hecho muy bien, aunque no dejo de reprobarlo un poco porque, reitero, me dejó sin mucha participación.

En fin, un Baremo es lo que decía el doctor Mautone, esto es, una vara de medida, una herramienta para medir con objetividad El juzgar a una persona en forma subjetiva, impresionista y adjudicarle un valor abstracto por determinado daño, ha demostrado ser violatorio del principio de justicia. ¿Por qué? A cada uno lo valoramos de una manera; en el próximo nos olvidamos y lo valoramos de otra distinta y al tercero de otra diferente. Quiere decir que el Baremo es un mal necesario. Como decía, es una herramienta, una vara de medida, una tabla porcentual.

Parece muy frío transformar una enfermedad en forma tarifaria, en un porcentaje, pero no hay más remedio que exista cierto consenso. Digo esto porque, como señalaba anteriormente el doctor Mautone, a veces los peritos no están de acuerdo en los porcentajes pese a utilizar el mismo Baremo. Si no valga como ejemplo lo que lo sucede a quien está haciendo uso de la palabra con el connotado médico legista de la Sociedad de Rentistas del Banco de Seguros, ya que a veces interpretando el mismo Baremo e igual buena fe, ambos obtenemos resultados diferentes. Con esto quiero señalar que se trata de una herramienta imperfecta, pero perfectible, que puede ser personalizada a través de todos esos aditamentos, es decir, por edad, nivel cultural, trabajo, etcétera. De manera que pueden haber muchos índices y correcciones. Por ejemplo, el Banco de Seguros adjudica un surplus a la mujer, habida cuenta que se recupera más lentamente desde el punto de vista biológico, sobre todo en el caso de enfermedades que tienen que ver con el aparato locomotor y osteomuscular, así como también de las mayores dificultades laborales y a que recibe remuneraciones menores.

Insisto en que hay muchas maneras de personalizar y de corregir el Baremo. Creo que esa es la función por la que tenemos que transitar en el día de hoy y en las que debemos trazar algunas líneas en esta oportunidad.

Me reservo -porque ya he hablado demasido y me han robado el tema- para la discusión porque va a ser más fructífera que mi disertación sobre cosas que ya se han dicho.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos el informe de la delegación del Banco de Seguros.

Seguidamente, corresponde ceder el uso de la palabra a la delegación del Instituto Nacional de Oncología.

SEÑORA REY.- Agradecemos el hecho de que nos permitan estar en este ámbito para plantear la temática que nos convoca.

Antes que nada, aclaro que cumplo funciones como Encargada del Departamento Preventivo del Instituto Nacional de Oncología. Dentro de dicho departamento específicamente, el equipo -que está representado en este momento- está actuando en la rehabilitación de las pacientes con cáncer de mama. Se trata de una población especial, con características sociales y laborales también especiales. Estamos trabajando desde hace casi dos años en este tema. Por tanto, comenzamos a conocerlo y a valorarlo desde el momento en que las pacientes han llegado hasta nosotros.

La rehabilitación integral -como la denominamos- consiste en llevar a la paciente desde el punto de vista biopsicosocial a una situación lo más parecida posible a la que tenía antes de la enfermedad del cáncer de mama. Por lo tanto, el grupo que trabaja está constituido por oncólogos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionista, trabajadora social, voluntarias e, incluso, grupo de pacientes que, entre ellas, trabajan en labor terapia.

Nuestra trabajadora social, señora Elisa Sánchez, es la que específicamente ha tratado este tema y la que ha hecho una propuesta que hemos traído al seno de esta Comisión, por lo que si el señor Presidente lo permite, le cedería el uso de la palabra.

SEÑORA SANCHEZ.- Como bien se ha dicho, nuestro programa trata la rehabilitación integral. Me parece importante destacarlo, porque se ha estado hablando toda la tarde de números y de la parte biológica, pero a veces nos olvidamos del problema social.

En nuestra población, la mayoría de las mujeres se caracterizan por ser empleadas domésticas, sin ningún tipo de cobertura, jefas de familia a cargo de hijos, de nietos, de hermanos o de padres. El principal problema nunca es la enfermedad de ellas, sino el mantenimiento del sustento de la familia.

Queremos destacar que, a partir de la enfermedad, la mujer debe dejar de trabajar. Las restricciones por tratarse de empleadas domésticas es un tema que correspondería analizar a la doctora Rey, pero en realidad debo decir que son varias. Muchas veces, las mujeres no dejan de trabajar o deben hacerlo sin recibir ningún tipo de ingreso. En ese momento nos encontramos con el obstáculo de que el cáncer de mama no es considerado como causa de invalidez severa y, por lo tanto, luego de los tres meses que dura el trámite, en muchas oportunidades no obtienen la pensión . ¿Qué hace la mujer durante esos tres meses? Necesitamos una respuesta más rápida. Hay que tener en cuenta que ellas tienen gastos de tratamiento, de rehabilitación y deben ir diariamente al Instituto.

Nosotros solicitamos algún tipo de solución. Se nos ha dicho que el cáncer no es una enfermedad severa -esto dicho entre comillas- y que la mujer debe padecer otro tipo de enfermedad para llegar a los Baremos, de que tanto estamos hablando, para que se les conceda una pensión. Entonces, si no es una pensión, igualmente necesitan algo que las ayude por lo menos durante el tiempo de tratamiento y de rehabilitación.

Por otro lado, tenemos el problema de la reinserción laboral. En el Instituto hay una población diversa en cuanto al nivel educacional y sociocultural. Algunas de estas mujeres tienen la posibilidad de capacitarse y reinsertarse laboralmente, pero otras, no. Por ello, no pedimos que sean meras receptoras pasivas de un beneficio, sería importante que tuvieran instancias de capacitación pero, no encontramos esos espacios.

Consideramos que hay que reformular los Baremos y que hay que considerar al cáncer de mama con todo lo que significa esta enfermedad en nuestro país. Entendemos que es muy baja la consideración del 12% con respecto al nivel socioeconómico para otorgar una pensión, más teniendo en cuenta que muchas veces las inspecciones no son hechas por Asistentes Sociales sino por inspectores, aunque no desmerezco su trabajo. Creo que es necesario comenzar a considerar el cáncer de mama como un problema social y no sólo biológico. En nuestro caso, la persona no solamente es un seno, sino alguien que tiene que rehabilitarse del estigma del cáncer.

Proponemos que no sea necesario un lapso de tres meses para obtener la pensión, porque aparte de la discriminación y el estigma que sufre la mujer enferma de cáncer, es muy duro tener que enfrentarse a un montón de trámites y al llegar a su fin, enterarse que

no le corresponde porque no padece una invalidez severa. Por otro lado, sugerimos la posibilidad de contar con espacios de capacitación que muchas de las señoras nos lo solicitan. Mi trabajo concreto se hace muy difícil porque tratar de orientarlas y buscarles una reinserción laboral en la actualidad del Uruguay, es casi imposible. En el caso de las empleadas domésticas, la mayoría quiere empezar a trabajar en dos o tres semanas, con el miedo de que sus patrones no las acepten porque tienen que pedir días para realizar el tratamiento y los análisis, o que no se animen a contratarlas por lo que implica el tema legal, en el cual no están incluidas.

Hay muy pocos casos de señoras que poseen doble cobertura, se trata de empleadas de empresas de limpieza, que todos sabemos los salarios que ganan, y con $ 1.000 que paga DISSE por la certificación médica es imposible que mantengan los tickets. Sin embargo, se les está avisando a las pacientes que en dos o tres meses no se van a poder atender más en Salud Pública. Entonces, ¿qué va a pasar con estas pacientes si no pueden pagar los tickets de la mutualista y tampoco atenderse en Salud Pública? Creo que es necesario buscar una solución para esos casos.

SEÑORA MELGAR.- Como oncóloga quiero hacer una reflexión sobre el aspecto médico, cómo nos llegan esas pacientes y qué pasos transitan en la evolución de la enfermedad. Generalmente, las señoras llegan al Instituto enviadas por otras personas o porque consultan por algún nódulo. En ese momento se les realizan los estudios diagnósticos que pueden durar entre una semana a un mes y generalmente las encontramos en una etapa poco avanzada de la enfermedad. Luego acceden a diversos tratamientos. Por lo general, la cirugía es la primera intervención que se les hace y, dependiendo de los casos, se les puede extraer un sector de la mama, o toda la mama afectada más los ganglios. Esto último trae aparejado un efecto secundario denominado linfedema que se da en un porcentaje importante de pacientes. Para evitarlo les recomendamos guardar ciertos cuidados como por ejemplo no hacer fuerza, no levantar peso, no someterse a altas temperaturas y deben cuidarse el brazo de posibles heridas. Por lo tanto tienen que tener cuidados especiales que las imposibilitan para las labores domésticas. Además, muchas reciben tratamientos complementarios como radioterapia y en esas circunstancias tienen que asistir de lunes a viernes durante cinco semanas a hacerse las aplicaciones en el horario del Instituto que es desde la mañana hasta la tarde. Por lo tanto, si trabajan ocho horas, es imposible que asistan. Deben optar por trabajar o por hacerse el tratamiento. El otro tratamiento que es muy utilizado es la quimioterapia, que se puede prolongar desde cuatro a seis meses, siempre y cuando el diagnóstico de la enfermedad haya sido precoz, y cada cuatro semanas la paciente se somete a una medicación intravenosa que acarrea muchos efectos secundarios como por ejemplo nauseas, vómitos, diarreas, malestar general, caída del pelo, etcétera.

Nos estamos refiriendo a la parte físico biológica de la paciente, pero hay que tener muy en cuenta la repercusión psicológica que esta enfermedad conlleva. Por ejemplo, hay pacientes que no quieren salir en verano porque se les nota la falta del seno. Entonces, se dan problemas que tienen que ver con la disminución de la femineidad, con la relación íntima con los esposos, etcétera, lo que implica un descontrol del aspecto psicológico de la persona, que creo también debe ser medida. Evidentemente, la parte psicológica afecta y mucho y en ese sentido observamos cuadros depresivos importantes, que son una realidad para nuestros pacientes.

SEÑORA RODRIGUEZ.- Soy sobreviviente de la enfermedad. Hace cinco años padecía cáncer de mama y fui sometida a todos los tratamientos que se mencionaron. En su momento solicité ante el Banco de Previsión Social una pensión, la cual me fue otorgada, felizmente, porque de lo contrario no hubiera sido posible realizar mi tratamiento y, quizá, no estaría aquí reunida con ustedes. Sin embargo, he hablado con pacientes del Instituto que llorando me cuentan que tienen que hacerse veinticinco o cuarenta aplicaciones de radioterapia, pero no tienen dinero para el boleto y, por lo tanto, no van a poder asistir. Creo que todos nos podemos imaginar cómo se pueden sentir esas mujeres que tienen una sentencia de muerte. Personalmente entiendo que el cáncer de mama en la actualidad no es sinónimo de muerte, pero sí de susto y por ello solicito un poco de contemplación para estas pacientes.

La pensión que se me otorgó, se me retiró hace un tiempo ya que era transitoria y me encontré con que al intentar reinsertarme en el mercado laboral fui discriminada. Puedo dar fe de que lo que se está diciendo es así. Entonces, a veces hablo por mí, con 40 años, una enfermedad de este tipo a mis espaldas y con un trauma como el que podríamos decir que llevamos. ¿Cómo sigo?

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Le agradecemos la participación a la delegación del Instituto Nacional de Oncología. En consecuencia, corresponde pasar a la intervención del panel de los Senadores miembros de la Comisión.

SEÑORA ARISMENDI.- Hace un momento le comentaba al señor Presidente de la Comisión -quien lo expresó- el acierto por haber realizado este encuentro. Nos sorprende el intercambio que se está dando en este ámbito, porque si bien nos alegra que sea así, significa que estamos hablando de instituciones del Estado, en muchos casos, que no tiene el ámbito de intercambio y participación para encontrar caminos en situaciones contradictorias.

En primer lugar, pedimos disculpas a todos los participantes por haber retrasado en algunos meses la realización de este taller que estaba previsto en medio del debate presupuestal. Por consiguiente, hubo que postergarlo, con todas las molestias que ello significó para todos quienes iban a participar. Afortunadamente hoy, gracias a su amabilidad, están todos aquí.

En segundo término, como ustedes saben, en esta Comisión están presentes todos los lemas con representación parlamentaria. La Comisión de Asuntos Laborales y Seguridad Social -no todas- tiene la peculiaridad de que absolutamente todos los lemas están representados. La preocupación sobre los Baremos que nos fuera expresada a partir de una reunión de esta Comisión en momentos en que debatíamos el proyecto de ley referido a la compatibilidad entre la discapacidad y la pensión, o la jubilación y la posibilidad de trabajar, fue compartida por la unanimidad de los miembros de esta Comisión y, por lo tanto, por la unanimidad de los lemas que están representados.

Lo que ha venido sucediendo en la reunión de hoy -y creo que mis colegas estarán de acuerdo- nos demuestra la necesidad de llevar adelante un abordaje multidisciplinario y desde distintas ópticas. Naturalmente la nuestra es una óptica política porque ese es nuestro ámbito de trabajo. Siempre digo que me gusta cumplir con al menos dos de las tareas que éste tiene como Senador de la República: una de ellas es de representar intereses, inquietudes y ser voz de dificultades, contradicciones, propuestas y anhelos, y la otra es la de legislar. Parecería que este camino que ya encontró la Cámara de Representantes en el Período anterior -como lo decía el señor Ariel Ferrari- cuando fruto de un seminario taller como éste surge ese proyecto de ley sobre la compatibilidad, que

luego fuera aprobado en esta Legislatura. Eso partió de un encuentro con similares características, propuesto e impulsado por la COMIN y la Cámara de Representantes. Todos aspiramos a que de este primer intercambio surjan propuestas -ya hubo algunas, y seguramente habrá otras- que nos encaminen a resolver contradicciones que aparecen claras y notorias entre decretos y leyes, entre cómo se aplican esas herramientas de las cuales se hablaba para medir con objetividad. Sería complejo definir qué es objetividad, pero toda herramienta puede ser buena o mala, y por lo tanto, también puede ser posible de mejorarse o perfeccionarse. De otra forma, podemos tener una especie de círculo vicioso en donde aplicaciones de antiguas leyes entran en contradicción con nuevos decretos -como percibíamos hace un momento- o donde frente a determinados temas, ni los decretos ni las leyes han tenido la capacidad y el grado de generalidad -después me corregirá el señor Senador Correa Freitas, puesto que esta es su especialidad- como para abarcar incluso las nuevas situaciones.

A la propuesta inicial que habíamos tenido en las conversaciones con la COMIN se incorporaron los organismos del Estado y el Instituto Nacional de Oncología. Esto surgió como consecuencia de un planteo de sus trabajadoras, que llevan adelante una labor desde distintas ópticas, ya sea la de los médicos, de los trabajadores sociales, de las voluntarias o de las pacientes. Por todo eso, considerábamos importante incluir ese punto de vista, que cuando hablamos de porcentajes de incapacidad nos permite situar la discusión en ese ángulo o, respetando lo que se dice sobre la objetividad, en la vida real. El abordaje que hago es tratando de unir el papel de representante con el de Legislador, como política, pero en primer lugar como mujer, porque no puedo sentir de una manera distinta, más allá de que estoy aquí adentro y a veces puede costar un poco. También lo hago como maestra, que es lo que soy y seré hasta el último día de mi vida. El tema de la prevención y de la rehabilitación que de alguna forma se puso sobre la mesa, desde mi ángulo, con crudeza por parte de las representantes del Instituto Nacional de Oncología, es un gran tema que no estaba incorporado cuando discutimos estrictamente lo relativo a los Baremos. La prevención, la rehabilitación y la reinserción laboral que se dio cuando discutimos el tema de la compatibilidad, desde mi punto de vista están ausentes porque no hay medios - y sería asunto de otro debate- para prevenir y tampoco los hay para rehabilitar y reinsertar. Supongamos que se realiza una aplicación cuidadosa y rigurosa del Baremo por parte de médicos especializados o mucho más especializados, con una valoración del daño personal. Lo que sucede es que la realidad en la cual vivimos no la podemos sustraer del análisis. Naturalmente, puede tener un porcentaje de situación socioeconómica. He sacado ejemplos de INTERNET de un manual oficial del Banco de Previsión Social relativos a la aplicación de los Baremos. Nosotros tenemos problemas de todo tipo. Se da el problema de que la propia dificultad o el propio medio en el cual nace, crece, se desarrolla o se sufre una enfermedad o accidente determina cuál va a ser la situación posterior, ya sea con un tanto por ciento por mes que se le otorgue. Aquí se han dado ejemplos muy importantes, como son el de Beethoven o Van Gogh. En lo personal, como maestra de escuela de barrios de zonas a las que ahora se les llama de alto riesgo -pero que en realidad son barrios en los que se reproduce la pobreza desde la concepción en adelante- puedo afirmar que seguramente allí existen niños con las potencialidades como para llegar a ser un Beethoven, siendo sordo, pero sin duda no lo va a lograr porque ni su familia ni él mismo tienen una cobertura que les permita pensar siquiera en que pueda desarrollar el máximo de su potencial. Precisamente, a eso aspiramos y por eso hablamos de capacidades diferentes. Nuestro deseo es que esa persona desarrolle al máximo todo su potencial y sus capacidades, si bien es posible que carezca de alguna de ellas.

Este es un gran tema que tiene que ver con la integración a nivel educativo y con las condiciones para lograrla. Como sabemos, hoy en día existe más de un tipo de discriminación. Uno de ellos corresponde a la discriminación por problemas de cobertura social. Es evidente que existe una cruda y desembozada discriminación en los establecimientos de enseñanza y en los lugares de trabajo. Pero también tenemos la discriminación que se genera por la falta de elementos a nivel médico y educativo, los cuales son imprescindibles para lograr el desarrollo máximo de las capacidades individuales.

Aquí se ha hablado sobre el tema del cáncer de mama y, en este sentido, pido que me disculpen mis colegas hombres porque, a mi criterio, se trata de un tema del que se habla poco y por eso es necesario analizarlo a fondo. Me parece que es muy claro el hecho de que no se trata de un tema fácil de resolver porque existen grandes dificultades para llevar a cabo los tratamientos necesarios para lograr una plena reinserción. Sin duda es un gran problema atenderse en los servicios de Salud Pública o en los de DISSE pero mucho peor resulta no poder atenderse correctamente por falta de dinero para tiques de medicamento.

Por lo tanto, estoy convencida de que no hay armonía -por utilizar un término delicado- entre los decretos y la nueva ley de Seguridad Social. Habría que ver la forma de conjugar una ley de sentido general -que seguramente es mucho más difícil de reformar- porque es muy difícil lograr un criterio unánime. Sin embargo, creo que los decretos se pueden modificar. Como dije, pienso que no hay armonía entre lo que exponían los representantes del Ministerio de Salud Pública y lo que afirmaban, con gran precisión y solidez, los del Banco de Previsión Social. Precisamente, en este punto puede comenzar nuestra labor ya que podemos colaborar, si es necesario, recogiendo propuestas, legislando o, en caso de no tratarse de un problema que corresponda a nuestra órbita, canalizar iniciativas hacia el Poder Ejecutivo.

En definitiva, entiendo que si bien existen herramientas objetivas, estas pueden mejorarse e incluso, cambiar con el paso del tiempo. Desde aquella época en que el hombre utilizaba una piedra como herramienta a este momento en que se aplican nuevas tecnologías ha pasado mucho agua bajo los puentes. Quiere decir que las herramientas debemos transformarlas en este mundo que, según nos dicen, cambia vertiginosamente. Asimismo, me parece importante que se perfeccione la normativa, tal como decía - si no recuerdo mal- el doctor Mautone. Por otro lado, hay otros aspectos que, a mi juicio, tienen una importancia muy grande y tienen que ver con el hecho de abordar el problema en el Uruguay en que vivimos. Cuando se nos mencionan las realidades de países como España, Italia, Grecia o Dinamarca, sin duda se están utilizando ejemplos válidos. Me parece muy bien que conozcamos lo que se hace en otros países para poder aprender de aquellos casos en los que existe un desarrollo doctrinario, de trabajo y de elaboración más avanzado que el nuestro. Pero no podemos olvidar que nuestro sistema representaba un gran avance desde el punto de vista de la solidaridad. Tenemos un país que puede enseñar mucho y de cuyas características todos nos enorgullecemos. De todos modos, hay que tener presente que en esos países que se han mencionado -algunos los conozco por haber vivido en ellos- hay toda una cobertura de seguridad social en la que, si bien se aplica determinada escala como puede ser la del 66% o la del 50%, también existen otros apoyos, por ejemplo, a través de la asistencia médica y de lugares de rehabilitación. Incluso, en esos países existe la obligación de cumplir con la reinserción laboral, la cual en nuestro país se concreta en muy pocos lugares; me refiero, concretamente, al porcentaje obligatorio de cargos destinados a personas con discapacidad. Por otra parte, entiendo que no podemos tomar en cuenta los porcentajes fríos sino aquellos que surgen de la realidad. Días atrás escuché en una audición radial una exposición del Director Ernesto Murro quien, dicho sea de paso, me pidió que lo disculpara por su ausencia ya que su hijo sufrió un accidente laboral, afortunadamente sin gravedad. En esa exposición él ponía un ejemplo que puede parecer absurdo pero que, en realidad, es muy crudo y ocurre en ciertas zonas del país cercanas a las de los ediles de Paysandú que hoy nos visitan. El Director Murro relató el caso de una persona con determinado grado de discapacidad que ya no podía llevar a cabo

las tareas que estaba realizando y a quien se le recomendó, por ejemplo, que desempeñara el trabajo de ascensorista. Lamentablemente, el problema es que esta persona vive en Bella Unión y, como sabemos, allí no hay ascensores. Realmente, esto parece un chiste, pero es una realidad. Por eso, me parece importante que nos demos cuenta claramente del lugar del mundo en el que vivimos y si los porcentajes que se aplican, por ejemplo, en Dinamarca, en Suecia o en Alemania -para hablar de países con alta cobertura de seguridad social- se pueden utilizar aquí fríamente.

No quiero excederme en el tiempo que nos habíamos establecido, pero simplemente quería hablar de estos temas desde el punto de vista de mi responsabilidad como Legisladora y como política. Tengo la sensación de que nuestro análisis acerca de estos temas debe centrarse en el país real y al hacerlo así, quizás encontremos colectivamente las salidas legislativas o las propuestas a nivel del Poder Ejecutivo que nos permitan resolver un problema sobre el cual recibimos todos los días en nuestros despachos diferentes tipos de planteos.

SEÑOR PRESIDENTE.- A continuación abrimos la instancia correspondiente a la formulación de consultas por parte de los panelistas y asistentes.

SEÑOR MORALES.- Estoy representando a la Confederación de Funcionarios del Estado y he acudido aquí por invitación del equipo de representación de los trabajadores.

Debo decir, en principio, que estoy gratamente sorprendido por este tipo de actividades y adelanto que voy a comenzar mi exposición haciendo una severa autocrítica.

Más allá de los denodados esfuerzos del equipo de representación de los trabajadores para hacer entender al conjunto del movimiento sindical la gravedad de estos problemas, no tuvimos capacidad para comprender el planteo de los compañeros y recién comenzamos a entenderlo cuando empezamos a sufrir las consecuencias de esta nueva normativa, que cambió sustancialmente el régimen de previsión social solidario que conocieron nuestros mayores y que fue orgullo de nuestro país.

El doctor Correa Freitas manifestó que el funcionariado público tiene un régimen del que participa la Oficina Nacional del Servicio Civil, por lo que tendría un poco más de resguardo que el resto de los trabajadores. En este sentido, queremos realizar una precisión. Los asuntos que llegan a la Oficina Nacional del Servicio Civil son los que involucran al funcionariado que está presupuestado. Pero debemos tener en cuenta que en la función pública el 50% de los funcionarios son presupuestados y el resto es contratado. En este último caso, estos trabajadores no tienen la suerte de pasar por el proceso de la Oficina Nacional del Servicio Civil, donde estamos representados los trabajadores públicos. Allí, lisa y llanamente, a los contratados se les rescinde el contrato por ineptitud física, y luego voy a dar ejemplos concretos, ya que en Sala hay funcionarios que están atravesando esa situación.

Sin querer entrar en confrontaciones que no son constructivas, pero sí dando el punto de vista de los trabajadores, queremos discrepar con la defensa que de este sistema han realizado algunos integrantes del Poder Ejecutivo. Reitero que comenzamos a familiarizarnos con estos mecanismos de medición de determinadas incapacidades recién cuando se empezaron a sentir las consecuencias de la aplicación de esta ley. Sinceramente, nos parece estar viendo una película de Frankestein, donde un brazo vale tanto, un ojo, otro tanto y la psiquis de la gente otro porcentaje. Creemos que el ser humano es un todo, tal como han dicho algunos de los preopinantes. Pensamos que si un trabajador sufre una incapacidad en alguno de sus miembros por ejemplo, no afecta solamente el miembro incapacitado, sino también al ser humano en toda su dimensión, su psiquis, sus relaciones familiares, su autoestima, etcétera. Por lo tanto, más allá de que en otros países se utilice con relativo éxito este sistema, discrepamos radicalmente con él. Creemos que es totalmente injusto e inadecuado para con el ser humano.

Uno de los aspectos que nos preocupa gravemente es la incongruencia en los dictámenes de dos organismos del Estado: el Ministerio de Salud Pública -en un caso que nos ocupa ahora, podríamos decir de la Junta Médica del Hospital Militar- y el Banco de Previsión Social. Estos dictámenes difieren totalmente, son diametralmente opuestos. Y no se trata de que el Ministerio me jubila y el Banco no, sino de que el Ministerio me destituye por ineptitud física, porque entiende que no estoy apto para trabajar. Voy a relatar el caso de una compañera del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca que tenía un cáncer de útero. La Junta Médica del Banco de Previsión Social le reconoció un 50% de incapacidad, por lo que le dio un subsidio por el lapso de tres años, y la compañera tuvo que renunciar a su trabajo para poder acogerse a dicho subsidio. Pero al cabo de esos tres años, debido a la pericia de los médicos, el cáncer fue totalmente extirpado y la compañera ahora está apta para trabajar. Sin embargo, se encuentra en la situación de desempleada porque la obligaron a renunciar para acogerse al subsidio.

Estoy solicitando a todos los intervinientes que no analicen las cifras o porcentajes fríamente, sino que vean el drama humano que acarrea esta situación, como es la de una persona joven, con ganas y con necesidad de trabajar porque es jefa de familia, y se encuentra con que perdió su trabajo por disponer de ese lapso de tres años con el fin de curar su salud que estaba gravemente afectada.

Entonces, nos parece que más que reformar el sistema, hay que humanizarlo, porque ha dejado de lado al ser humano y se ha mercantilizado. Sabemos que en la Junta Médica del Banco de Previsión Social no interviene sólo el Banco, sino también dos médicos de las AFAP's; de ninguna manera queremos dudar de la ética de los médicos de las AFAP's, pero eso nos hace pensar en un elemento mercantilista en el momento de dictaminar y de fijar las incapacidades. No nos conforma el dictamen que el Banco de Previsión Social hace en esas condiciones.

Se habla de contienda de competencias, de si le corresponde al Banco de Previsión Social o al Ministerio de Salud Pública. No sé a cuál de estos dos organismos corresponde, pero reitero que hay dos criterios diametralmente opuestos: el Banco jubila y el Ministerio destituye. Acá no se tiene en cuenta qué hacer con este ser humano que en determinado momento de su vida sufre un grave quebranto de salud y pasa por la desgracia de que alguien tiene que decidir qué hacer con él. Pero es un ser humano de carne y hueso, una mujer y un hombre como nosotros; entonces, nos parece que es algo mucho más serio y más grave que simplemente hablar de porcentajes y de rentabilidades de este sistema, en nuestro país o en otros países del mundo.

También se habla de que hay consenso en los organismos oficiales acerca del tratamiento de este tema, pero a nuestro criterio no hay consenso nacional. La parte más involucrada, la más afectada por este problema, no fue consultada. En absoluto se consultó a los trabajadores para elaborar estos mecanismos. Por lo tanto, no existe consenso. Los trabajadores estamos totalmente en contra

de este sistema que nos parece francamente deshumanizado. En Sala está presente el compañero Alvaro Rocca, a quien el Estado uruguayo ha destituido dos veces. Lo marginó de la vida cotidiana de los uruguayos dos veces y lo condena a ser un desocupado, con cincuenta y ocho años sobre sus espaldas. Primero lo condenó por su manera de pensar durante los años oscuros que vivió este país y ahora por tener una ineptitud física para desempeñar su tarea. Es un trabajador administrativo de los diques del Estado y la Junta Médica del Hospital Militar, antes de que el Banco de Previsión Social se expidiera, entendió que el compañero no estaba apto para trabajar y -tal como decía el compañero Ferrari en su intervención- bajo la firma del señor Presidente de la República, el doctor Jorge Batlle, el 30 de marzo se lo notificó que a partir de ese día no sería más funcionario público por la causal de ineptitud física, rescindiéndose su contrato sin pasar por la Oficina Nacional del Servicio Civil, después de 39 años de trabajo. El compañero hoy llegó a nuestro local sindical preguntándonos qué iba a hacer con su vida ahora que quedaba sin trabajo y en las condiciones en las que estaba, cuando una persona que tiene el 100% de sus capacidades para trabajar no encuentra empleo. No con el ánimo de cobrar ni mucho menos, simplemente con buena onda, trasladamos esta pregunta que nos hizo el compañero a todos los presentes porque entendemos que entre todos tenemos que buscar una solución al drama del compañero y a los alrededor de 30 casos que tenemos solamente en la función pública, ¡y nos imaginamos lo que debe ser en la actividad privada! Entonces, concurrimos a este evento con la esperanza de que empecemos a transitar por caminos de solución para estos temas. Como vemos, ya tenemos problemas concretos que debemos solucionar porque estamos hablando de la situación de un hombre de carne y hueso, que hoy nos acompaña.

SEÑOR FERRARI.- Quiero hacer una pregunta muy concreta porque, si no entendí mal, el planteo del señor Presidente consistía en la posibilidad de que los participantes hicieran preguntas, algunas de las cuales se pueden evacuar hoy y otras no.

Creo que no existe una contienda acerca de quién debe determinar la ineptitud. Desde mi concepción, creo que debemos reafirmar que quien da las prestaciones, es responsable de la administración y de la gestión de la Seguridad Social en el Uruguay -salvo lo que sucede con las cajas paraestatales y los Servicios Policiales y Militares- es decir, el Banco de Previsión Social. Entonces, entiendo que no se trata de ver qué pasa entre el Ministerio de Salud Pública y el Banco de Previsión Social que tienen diferencias, sino que debemos analizar cómo se encuentran los caminos para que ese Instituto que tiene la responsabilidad de otorgar las prestaciones pueda -contando con todo lo relativo al involucramiento del Estado, tanto del Poder Ejecutivo como del Legislativo- modificar la realidad que hoy tenemos a partir de algunas experiencias planteadas en este ámbito y de la constatación de hechos que hace el propio Organismo. Quizás, no me quedó claro lo que señaló el asesor del Ministerio de Salud Pública cuando dijo que mientras que no se resuelva el tema nos tendríamos que poner de acuerdo. Creo que el asunto es competencia del Banco de Previsión Social.

SEÑOR PRESIDENTE.- De alguna manera, creo que no vamos a solucionar este tema con su reflexión, más allá de la jerarquía que tiene. Entiendo que podemos solucionar este problema por vía de la ley o a través de lo que resuelva el Tribunal de lo Contencioso Administrativo. La dificultad que se plantea acá es determinar en qué momento la Administración puede destituir a un funcionario por ineptitud. Es decir, ¿en base a qué informes técnicos o médicos lo puede hacer? Siguiendo el razonamiento, estoy de acuerdo en que, quizás, la solución consistiría en la intervención -como lo ha hecho desde 1998- de la Comisión Nacional de Servicio Civil, ya que antes de la destitución de un funcionario público por razones de ineptitud, debería existir un dictamen de la Junta Médica del Banco de Previsión Social. Me parece que ese es el camino que hay que transitar.

Estoy de acuerdo en que, en definitiva, es el Banco de Previsión Social el Organismo constitucionalmente encargado y competente de todo lo referente a la Seguridad Social; si es el que va a dar la prestación, naturalmente, es el que tiene la competencia.

Reitero que creo que ese es el camino que debemos transitar pero, quizás, habría que buscar alguna solución a nivel legislativo a fin de dar garantías a todos.

SEÑORA TOLEDO.- Agradeciendo la invitación cursada. Queremos señalar que somos representantes de la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado; en mi caso, soy delegada de la Facultad de Medicina. Quisiera expresar, sobre todo para los que de pronto no tienen muy claro cuál es el rol de esta Comisión Nacional, que nos compete el elaborar, estudiar, evaluar y aplicar los planes de políticas de promoción, desarrollo y rehabilitación en el área de la discapacidad y también procurar coordinar las acciones del Estado. De acuerdo con el capítulo relativo a la salud de la mencionada ley, le compete el registro nacional de las personas con discapacidad, y lo realiza en coordinación con el Ministerio de Salud Pública. Asimismo, esta Comisión, coordinando acciones con el Ministerio de Salud Pública, lleva a cabo la certificación de las discapacidades para el registro de las personas que se van a insertar o reinsertar en el mercado laboral.

A partir de un diagnóstico primario que elaboró un grupo de trabajo en esta Comisión Nacional, surgió la idea de que para lograr el goce de los derechos, prestaciones y otros beneficios legítimamente adquiridos por las personas con discapacidad, las instituciones públicas de nuestro país utilizan criterios diferentes a la hora de evaluar la discapacidad, tal como se planteó hasta el momento.

También hemos constatado que la expedición de certificados se realiza con criterios heterogéneos en cada institución y los ítems para valorar la discapacidad se hacen en forma diferente. Más que nada, se valora la deficiencia, que es el daño corporal, y no la discapacidad, que es de lo que se ha hablado hasta ahora.

Otro aspecto a considerar -que también fue planteado- es que esta valoración debe ser interdisciplinaria, partiendo de la concepción de la persona como un ser físico, psíquico y social. Por esto, en base a las competencias que nos da la ley, hemos planteado formar un grupo de trabajo ampliado donde se discutan los distintos aspectos que forman parte de este tema -los jurídicos, legales, médicos, sociales y los de las propias personas- para poder coordinar las distintas acciones.

Este es nuestro planteo, que ya hemos puesto en práctica. Hemos tenido contactos con el Ministerio de Salud Pública, a nivel del Director de Certificaciones y también con los Bancos de Seguros del Estado y de Previsión Social. Por lo tanto, estamos formulando una propuesta.

SEÑOR MAUTONE.- Por mi parte, quisiera hacer tres aclaraciones.

Cuando se trata de una prestación que va a dar el Banco de Previsión Social por sí solo, sin intervención de las AFAPs, la junta es realizada por el Banco de Previsión Social y no intervienen los médicos de las AFAPs. Reglamentariamente, podrían hacerlo, pero la ley dice que con la mitad de los miembros puede hacerse el dictamen. Hasta ahora, en el 100% de los casos que son patrimonio

del Banco de Previsión Social, no vino ningún médico de las aseguradoras. Entonces, el 100% de los peritajes que financia el Banco de Previsión Social fueron hechos por juntas de esta Institución.

En cuanto a la coordinación con Salud Pública, podemos decir que este tema en una época estuvo perfectamente solucionado a través del sistema de las cuentas personales. Participaba el grupo médico del Banco de Previsión Social y el médico del instituto donde se estudia la ineptitud que tiene la persona. Eso fue muy efectivo y después se dejó de realizar como consecuencia de la sanción de algunas leyes, pero nosotros lo llevamos a cabo en relación con unos cuantos institutos. Esta es a mediano plazo, o ya, una solución. Por ejemplo, con UTE ya tenemos este tipo de relación, puesto que antes de hacer un dictamen y dejar al funcionario desvinculado de la empresa, los médicos de ese Ente emplean el Baremo de aplicación nacional en forma conjunta con nosotros. Lo mismo viene sucediendo desde 1982 con la Intendencia Municipal de Canelones. En 1982, casualmente, el doctor Ferrari diagnosticó un caso de una cardiopatía isquémica a un trabajador que realizaba tareas en la recolección de residuos domiciliarios en Canelones. Entonces, en función de que hacía tres años que había entrado en vigencia el Acto Institucional No.9 -cabe aclarar que antes de dicho Acto, la persona al tener una incapacidad para su tarea, recibía una prestación económica definitiva- el funcionario no iba a alcanzar la prestación.

Entonces, allí intentamos la primera reubicación a través del Banco de Previsión Social. Un médico del equipo, el doctor Gómez Torelli, fue a Canelones, en donde fue atendido por el Servicio Médico que, por no entender qué era reubicación, le contestó que se había equivocado de lugar. Fue entonces que pasó a la dependencia jurídica, en donde tampoco sabían nada. Terminó, pues, hablando con el Intendente y recién éste entendió lo que buscaba. A tal punto fue así que le preguntó si la persona era familiar y la respuesta del doctor Gómez Torelli fue que no, que iba por un tema de seguridad social, para buscarle una reubicación. El Intendente de esa época le dijo que quería trabajar con él, y por ello, a partir de 1982, el doctor Gómez Torelli viajaba todos los meses a Canelones. Trabaja con los médicos de allí y, en caso de ausentismo prolongado, tiene tres opciones: no justificarlo, debiendo volver al trabajo; presenta una incapacidad para su tarea, por lo cual se busca en ese grupo una reinserción laboral; o es definitivo, teniendo que jubilar a la persona entre los tres.

¿Por qué se puede hacer con la Intendencia Municipal de Canelones? Porque es una empresa que tiene muchos trabajadores. Intentamos hacerlo en empresas chicas, por ejemplo, de dos personas, pero nos resultó muy difícil; si se trata de un número muy bajo, tampoco se puede hacer, porque el tipo de trabajo en el Uruguay es rotatorio. Como no hay trabajos en serie, todos tienen que hacer todo. De cualquier modo, logramos reubicaciones para un 30% de los casos que nos planteamos. Cada reubicación significa para el Banco de Previsión Social un ahorro de U$S 55.000, y para el obrero, un capital social importantísimo, porque quedó con el trabajo y se siente útil.

Cuando fracasamos en ese tema -muchas veces ha ocurrido- y se corta el vínculo entre la Seguridad Social y el trabajador, o la empresa y este último, se recurre a otro sistema instalado en el Banco de Previsión Social: el Departamento de Orientación Profesional dirigido por el doctor Ferrari, que viene trabajando desde hace unos 5 o 6 años. Ahí ya la persona está desvinculada del trabajo.

En fin, hay un equipo multidisciplinario integrado por un médico, un médico especialista en medicina del trabajo, una asistente social y una sicóloga, que evalúan todos los factores de sus aptitudes y las exigencias del puesto de trabajo. En base a eso, entonces, se busca formar a la persona para otro tipo de tarea. Ultimamente, estamos en combinación con el CODICEN, la UTU y la Junta Nacional de Empleo, atendiéndose casos que son excepcionales. Por ejemplo, el de un hombre de 38 años, soldador, que perdió una vista ejerciendo su trabajo. Según el Baremo, tenía una incapacidad para su tarea, lo cual significaba desvincularse del empleo y, también, tener un subsidio de tres años luego de lo cual quedaría desvinculado de toda prestación social. Luego que el equipo multidisciplinario hizo el estudio correspondiente, esta persona comenzó el curso de gastronomía de la Junta Nacional de Empleo y obtuvo una excelente calificación. En este momento trabaja para el Conrad y tiene un restorán -que abrió él mismo- en la calle Suárez y Cisplatina. Quiere decir que el tipo de coordinación de los organismos del Estado le cambió la vida.

Me parece, entonces, que el camino es la coordinación. Todos estamos en lo mismo; todos descendemos de los conceptos humanistas de Thomas Moro y de Erasmo de Rotterdam, y tenemos la misma formación. Por lo tanto, la cuestión es coordinar entre todos para buscar algún tipo de solución. Por eso lo principal es el factor humano.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero advertir que la Comisión se ha fijado como límite la hora 17 y estamos a 10 minutos del término.

SEÑORA FOSATTI.- Soy médica y pertenezco a instituciones de discapacidad. Asimismo, presido el Capítulo uruguayo del GLAR, que es el Grupo Latino de Rehabilitación Profesional, y he trabajado mucho en la seguridad social. En este momento soy asesora de la Comisión de Gestión Social de la Intendencia Municipal de Montevideo.

En primer lugar, quiero felicitar a la Comisión del Senado, porque creo que esta instancia de diálogo es excepcional. Me parece que de aquí tienen que salir -y seguramente ocurrirá- cosas muy positivas.

Son muchos los puntos que se han tocado. Comparto plenamente que el objetivo de la Seguridad Social es la protección de las personas discapacitadas, con enfermedades y los ancianos, y también que una vez que se determina la discapacidad, tiene que haber continuidad. Lo más grave es la falta de continuidad en las prestaciones que se reciben.

Seguramente el doctor Mautone recordará las Juntas Institucionales que se conformaban en la Seguridad Social. Si el seguro de enfermedad consideraba que la persona estaba incapacitada y el Banco de Previsión Social no compartía el criterio, se integraba lo que proponía aquí el abogado de Salud Pública, es decir, una comisión con un médico del Banco de Previsión Social, un médico de DISSE o de la institución que hubiera determinado la incapacidad, y un profesor de la Facultad de Medicina. Así, el ciudadano no se veía desprotegido. El fallo siempre era seguir protegiendo. Si los médicos del Seguro de Enfermedad decían que la persona estaba incapacitada y el Banco de Previsión Social que no, pues hasta su rehabilitación se debía mantener el subsidio del seguro.

Creemos que esos decretos para expulsar a la gente de su trabajo son absolutamente ilegales; quedó claro que eso no se puede hacer con nadie. A nadie se le puede dejar absolutamente desprotegido.

Se habla del contexto de la persona -que es un tema muy emotivo al que ya se refirió otro compañero- y de que la legislación uruguaya, que se ha caracterizado por ser excelente, muy humana -lo que ahora se está perdiendo- no amerita que el Baremo sea

malo. Estamos, pues, muy contentos de que exista Baremo; no obstante, pienso que tenemos que unificar criterios, como decía la doctora Toledo, en torno a la expedición de la certificación de la discapacidad. Por ejemplo, en la Intendencia Municipal de Montevideo se utilizan Baremos y también en el Banco de Seguros del Estado.

Comparto la idea de que quienes miden tienen que ser médicos entrenados, especializados o legistas. Pero, mientras tanto, tendremos que seguir como hasta ahora, es decir, con la escuela americana o la francesa. De todos modos, lo importante es que haya un legista o un médico laboralista entrenado en aplicación de Baremos, y unificarlos. Los Baremos de la Intendencia se basan en la clasificación internacional de enfermedades, y se ubican en niveles de 30% y 40%, es decir, en un menoscabo que nunca pasa del 50% para proteger. Por su parte, el Banco de Seguros mide el menoscabo y otorga una remuneración más alta o más baja en función de aquél; pero lo que importa es que lo reconoce y protege a la persona, y además, mantiene la prestación de por vida. Entonces, lo que no puede ser es que la gente quede sin prestaciones. Por eso, les pedimos a ustedes que hagan un esfuerzo para encontrar una solución.

SEÑOR VINCENT.- Antes que nada, quiero felicitarlos por esta convocatoria, porque se ve en el Uruguay un fenómeno ansiado por todos nosotros, como es del enfoque transcultural a través de todas las instituciones, ya sea estatales, privadas y no gubernamentales. Es un logro costoso, pero muy bueno.

Lo otro es el Uruguay real. En algún momento se hará más justicia social en la aplicación de los Baremos -por los distintos enfoques- pero es un tema complejo. Sin embargo, en el enfoque del país real -me gustaría que se pudiera desmentir- como médico de salud pública, como médico a nivel mutual, como médico a nivel privado y como investigador en el Instituto Clemente Estable durante tantos años, podemos decir que hemos visto tres o cuatro generaciones de personas discapacitadas. Así vi nacer y morir, abuelos, hijos, padres. Todos sabemos que el Uruguay es un país sin explosión demográfica, es longevo y por ese solo hecho aumenta mucho más el número de personas con posibilidad de tener discapacidades. En cualquier casa de salud podemos ver la cantidad de personas que tienen discapacidad severa máxima.

Cabe agregar que, actualmente, este es un país del que emigra mucha gente joven y capaz, como sucedió en épocas de la dictadura, y además sana. El porcentaje corresponde a unas 800.000 personas, pero hay que tener presente que los familiares discapacitados no se fueron, aunque no se cuentan.

A eso debe agregarse el funesto índice diario de accidentes de tránsito más los sobrevivientes que oscilan en unas 10.000 personas, advertimos que la apreciación es una mentira. Si tenemos una evaluación socioeconómica equivocada, nos estamos mintiendo en el presupuesto en todas las cosas que queremos hacer. Por lo tanto, en un país que está en reajuste fiscal, entre otras cosas, debemos preguntarnos qué fondo tienen las políticas sociales frente a este iceberg de personas discapacitadas. Aunque solo lo erremos en un 5%, estaríamos hablando de 150.000 personas más, por lo que sumarían 450.000.

Creo, pues, que es urgente acercarse a las cifras del país real en lo que hace a personas discapacitadas para poder tener una apreciación presupuestal y no mentir a nuestros gobernantes y organizaciones. No se trata de hacer la caza de brujas, culpándose unos a otros. Por tanto, obtengamos las primeras máximas metas y luego démosle base. En el norte nadie hace nada si no se hace un presupuesto anteriormente. Estamos acostumbrados a "poner el hombro a la celeste" -aunque la pobre está un poco agujereada- porque luchamos por las cosas.

Ese es el mensaje que deseo se apreciara y se apurara respecto a la masa crítica real de personas discapacitadas que hay en el Uruguay a todo nivel, esto es, leves, moderados, severos y de supra máxima severidad. Y, entonces, de acuerdo a eso hacer un presupuesto en torno a esos niveles, así como un ajuste social y jurídico al respecto.

SEÑOR TRUCO.- Simplemente, como padre de un joven de casi treinta años de edad, quiero decir que hace dieciocho años que estoy al tanto de esta temática. Ante la aparición de los Baremos es evidente que ha habido un cambio en la apreciación de la seguridad social en nuestro país. Prácticamente nos llaman todos los días -a nuestro domicilio, a Instituciones, a Federaciones y a Organismos Públicas- personas en un acto de desesperación porque no le dan la pensión o se la quitan, o no le renuevan los subsidios, etcétera, etcétera. Son muchas las personas que se encuentran en esa situación.

En este caso se está tratando de unificar criterios, de crear un interrelacionamiento institucional, pero la gran preocupación es que los Baremos se siguen aplicando, así como también el 50% y el 66%.

Entonces, el problema radica en qué le decimos a esa gran masa de personas que se encuentra en esas situaciones, más allá de lo que estamos tratando de convenir acá. Por esa razón, considero que sería importante tratar de formar en forma urgente -como se ha hablado acá- una Comisión. Incluso, el Banco de Previsión Social -que es el organismo que está aplicándolo en esa área- debería disponer, a través de disposiciones internas una especie de "parate" en el sentido de dar tiempo a esa Comisión Interdisciplinaria para tratar de flexibilizar, mejorar y perfeccionar los Baremos. Digo esto porque, reitero, hay mucha gente que esta desesperada y no puede esperar. El ejemplo que dio de Salud Pública de esta ida y venida de expedientes y de la concurrencia a tres o cuatro tribunales por ese tema, es inconcebible para un ciudadano uruguayo. Es increíble que en nuestro país haya cuatro o cinco organismos tratando de definir qué va a pasar con ese ser humano. Parecería que los papeleos importan más que los seres en nuestro país.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión de Asuntos Laborales y Seguridad Social agradece a todos los presentes su participación en esta Jornada, no sin antes aclararles que vamos a estudiar y analizar la versión taquigráfica correspondiente, así como también encararemos las acciones legislativas y eventualmente las coordinaciones con los distintos órganos del Estado, principalmente con el Poder Ejecutivo, con la finalidad de dar solución definitiva a esta problemática tan humana y profunda que nos han planteado en el día de hoy.

Se levanta la sesión.

(Así se hace. Es la hora 17 y 02)